ANNALES
DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

RÉDACTEUR EN CHEF : Albert TOURAINE



N° 1 — Janvier 1948

MASSON & CIE
ÉDITEURS — PARIS



PRIX DE L'ABONNEMENT 1948 :

France et Colonies . . . . **2.200 fr.**
Règlements par chèques postaux (*Compte Paris n° 599*) *ou chèques bancaires*

Étranger . . . . **2.400 fr.**
Règlements par Banque Nationale

Changement d'adresse : **10 fr.**

RÉDACTION

Pour les Annales, adresser les manuscrits au *Docteur Albert TOURAINE*
7, boulevard Raspail, PARIS (7e) (tél. LITtré 30-60).

Pour le Bulletin, s'adresser au Secrétaire général, *Docteur Robert DEGOS*,
20, rue de Penthièvre, PARIS (8e) (tél. BALzac 32-46).

La Société Française de Dermatologie se réunit au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, à *9 heures du matin*, le deuxième Jeudi de chaque mois, sauf pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre.

Les Auteurs peuvent, à leurs frais, obtenir 30 tirages à part (au maximum) en adressant leur demande à la LIBRAIRIE MASSON et Cie, avant le tirage du numéro correspondant.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Librairie MASSON et Cie, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e).
Tél. : Danton 56-11 et Odéon 70-81

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE



ANNALES
DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

RÉDACTEUR EN CHEF : Albert TOURAINE



8e Série — Tome 8 — 1948

MASSON & Cie
ÉDITEURS — PARIS



TRAVAUX ORIGINAUX

MANIFESTATIONS GÉNÉRALES DE LA MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE

Par P. LE COULANT.

(Travail de la Clinique Dermatologique de Bordeaux : Pr JOULIA).

Poradénolymphite suppurée, lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale et vénérienne, ulcère vénérien adénogène, ulcère simple adénogène des parties génitales, autant de termes qui mettent en relief, d'une part la nature vénérienne de l'affection décrite par les auteurs lyonnais, mais aussi qui indiquent explicitement sa localisation génitale et ganglionnaire.

Or, l'application de la réaction de Frei au diagnostic causal de certaines maladies ano-génitales, plus particulières à la femme, permit ultérieurement de rattacher à la maladie de Nicolas et Favre certains rétrécissements du rectum, des esthiomènes vulvaires et le syndrome plus complexe décrit par Jersild.

Des faits plus récents encore, reposant sur l'expérimentation chez l'animal, ont permis d'isoler le germe causal, de le cultiver et d'envisager une conception plus large de cette maladie qui prend l'allure d'une infection générale, contagieuse et inoculable, due à un virus filtrant, capable de manifestations locales et générales multiples.

Ce sont ces seules manifestations générales que nous voulons envisager ici.

*

* *

Avant d'en aborder l'étude, il est bon de rappeler les travaux expérimentaux ou cliniques de ces dernières années qui, avant la découverte de la réaction de Frei, celle du virus poradénique et de la maladie expérimentale du singe, ont permis d'élargir le cadre de cette maladie.

En 1925, Frei montre que le pus ganglionnaire tyndallisé constitue un antigène susceptible de déterminer une intradermo-réaction spécifique et met ainsi en évidence un état allergique déclanché par l'infection.

Hellerstrom et Wassen signalent, en 1930, que l'inoculation du broyat de ganglions dans le cerveau du singe détermine une encéphalite spéciale, inoculable en série. Après une incubation silencieuse de 6 à 12 jours, l'animal inoculé par voie intracérébrale (*Macacus rhesus* ou *cynomolgus*) présente de la somnolence, de l'asthénie, parfois des convulsions. Les passages intracérébraux entretiennent le virus et l'on constate que la virulence des souches est très variable. Parfois, la maladie de Nicolas et Favre revêt, chez le simien, l'allure d'une infection inapparente (méningo-encéphalite cliniquement inapparente).

De très nombreux travaux étendent désormais le domaine de cette affection et fixent de façon parfaite la nature du virus en cause ; il est difficile de citer tous les travaux qui ont traité de cette intéressante question. Parmi les plus importants, il nous faut mentionner les publications de Clément Simon, de Milian, Flandin, Sézary, Chevalier, les études de Ravaut, Levaditi et leurs collaborateurs qui confirment les notions précédentes et reproduisent chez le singe, à partir du matériel provenant de rétrécissement rectal, la névraxie expérimentale de Hellerstrom.

Levaditi, Ravaut, Lépine, Schoen étudient de façon complète l'ultra-virus lymphogranulomateux que Miyagawa, Mitamuza, Yaoi, Nakayima, Okaniski, Watanahi et Sata, décèlent au microscope et arrivent à cultiver.

En 1937, Nauck et Malamos décèlent les corpuscules de Miyagawa dans les frottis de cerveaux d'animaux infectés. Mauro décrit le polymorphisme des corps de Miyagawa sur les frottis de pus poradénique et les rapproche des *Rickettsia* du typhus exanthématique.

Les travaux de Coutts (1938) et de ses collaborateurs Martini-Herrera, Gacitua et Ortega signalent la présence de ces corpuscules dans les lésions initiales : chancre, bubon, ulcère éléphantiasique de la vulve, anorectite. A la même époque, Cottini retrouve ces mêmes corps sur les coupes de cerveau de souris contaminées par voie intracérébrale et celles présentant une maladie inapparente.

Enfin, des cultures de l'ultra-virus sont pratiquées avec succès sur les membranes chorio-allantoïdiennes de l'œuf fécondé de poule ou en présence de cellules embryonnaires vivantes.

Les caractères spécifiques de cette maladie expérimentale ont été particulièrement étudiés par Levaditi et ses collaborateurs de l'Institut Pasteur. Ils ont démontré que :

a) la structure histologique des lésions ganglionnaires et cérébro-méningées du singe est la même que celles de l'homme. Le virus semble envahir avec prédilection le tissu mésodermique chez l'animal comme chez l'homme ;

b) le virus animal, inoculé au prépuce humain, provoque une adénopathie typique ; il permet la préparation d'un antigène doué des mêmes propriétés que l'antigène humain de Frei.

L'évolution de la maladie chez l'animal laissait prévoir la possibilité chez l'homme de manifestations cliniques analogues. C'est la recherche de l'allergie lymphogranulomateuse par la réaction de Frei qui permit de rattacher ces localisations à la maladie de Nicolas et Favre.

Valeur de la réaction de Frei, ses corollaires, la réaction de Ravaut.

Il ne paraît pas possible actuellement d'affirmer la spécificité absolue de cette réaction, mais il faut noter :

Que la plupart des auteurs qui l'ont étudiée dans ces dernières années lui accordent une valeur considérable. Lors de son emploi, il faut éviter toutes causes d'erreurs, employer une technique parfaite, un antigène dont on est sûr et avoir la possibilité de comparer son résultat avec celui d'une intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux. Il est nécessaire de toujours s'assurer que l'antigène est stérile, pour éviter une réaction inflammatoire qui pourrait être prise pour une réaction positive.

Il faut aussi savoir que le Frei est habituellement négatif dans les quinze à trente premiers jours de la maladie et qu'il reste négatif chez les sujets en état d'anergie (maladie fébrile, syphilis secondaire, chancrelle).

Elle est presque toujours positive dans les lymphogranulomatoses certaines.

Chez un malade atteint de manifestations suspectes, et en l'absence d'antigène de Frei, on peut également rechercher l'allergie lymphogranulomateuse d'une manière un peu détournée.

Le pus ganglionnaire ou toute autre humeur (liquide articulaire, liquide pleural, liquide céphalo-rachidien) provenant d'une lésion suspecte, tyndallisé à 60° et dont la stérilité est éprouvée (recherche du bacille de Koch) peuvent être utilisés pour une intradermo-réaction sur un sujet sûrement atteint de maladie de Nicolas et Favre. Si l'humeur injectée est lymphogranulomateuse le sujet présentera une réaction positive. C'est un corollaire intéressant qui a été très utile à de nombreux observateurs.

On peut aussi employer, pour le diagnostic de cette affection, l'hémo-réaction préconisée par Ravaut. Cet auteur a montré, en effet, que l'injection intraveineuse d'antigène de Frei chez les sujets atteints de maladie de Nicolas et Favre détermine un choc spécifique caractérisé par un frisson et, au bout de 6 heures environ, une ascension thermique à 39° et 40° qui se prolonge pendant 32 ou 52 heures. Puis, la chute de la température est progressive. Cette hémo-réaction est rigoureusement spécifique et a l'avantage d'être plus précise que l'intradermo-réaction. Toutefois, c'est un procédé de diagnostic moins anodin et par conséquent moins utilisé.

Étude clinique des manifestations générales de la maladie de Nicolas et Favre.

Si, dans la majorité des cas, la maladie de Nicolas et Favre prend l'aspect d'une poradénite suppurée inguino-iliaque, précédée du micro-chancre, porte d'entrée du virus, elle peut avoir aussi d'autres localisations dans la sphère génito-anale.

Chez la femme, en particulier, l'atteinte des muqueuses ano-vulvaires :

esthiomène de la vulve, anorectite lymphogranulomateuse, syndrome de Jersild, plus complexe encore, sont des localisations parfaitement connues actuellement.

Manifestations générales. — Mais cette affection qu'on avait pu croire uniquement localisée à la sphère génito-anale s'accompagne habituellement de manifestations générales qui, de bonne heure, avaient fait dire aux auteurs lyonnais que la poradénite inguinale, comme la syphilis, la blennorragie, la chancrelle, est aussi une vraie maladie générale.

Au début, par exemple, de la période troublée d'installation (Phylactos), il existe déjà un mouvement fébrile léger, parfois une *fièvre* plus accusée, continue avec rémissions ou plus rarement du type ondulant, dont les clochers peuvent, dans certains cas, rares il est vrai, dépasser 39° et s'accompagner de grands frissons. Il est banal de constater chez ces malades des *malaises généraux* plus ou moins nets, toujours appréciables ; l'anorexie, la fatigue générale, des courbatures, la céphalée, un véritable syndrome de *pseudo-rhumatisme infectieux* soulignent l'atteinte générale de l'individu par le virus lymphogranulomateux.

Ces signes généraux, très apparents à la période initiale, s'atténuent habituellement à la période d'état et l'affection prend davantage l'allure d'une maladie locale.

Ravaut, Gastinel, Reilly ont souvent constaté une *leucocytose* allant de 10.000 à 12.000 globules blancs avec prédominance de grands et de moyens mononucléaires par rapport aux polynucléaires et aux lymphocytes. Favre a également noté le plus souvent une *polynucléose* nette avec augmentation du nombre des monocytes.

Ravaut a également insisté sur l'augmentation du foie et de la rate ; elle est, à vrai dire, inconstante.

Les *douleurs rhumatoïdes*, les *arthralgies*, l'*érythème polymorphe* accompagnent ces manifestations générales comme dans bien d'autres maladies infectieuses.

Ravaut, Nicolas et Favre ont signalé la possibilité d'une positivité légère et temporaire de la réaction de Bordet-Wassermann.

Mais surtout, et c'est là l'opinion unanime, il existe un *état allergique*, facile à déceler par l'intradermo-réaction de Frei qui devient positive une à trois semaines après le début apparent de la maladie.

Grâce à la coexistence chez un même malade de lésions classiques, grâce à l'expérimentation sur l'animal (inoculation de produits suspects), grâce à la recherche du virus et des réactions biologiques qu'il provoque dans l'organisme, il a été possible, en outre, de rattacher certaines manifestations cliniques, locales ou générales à l'affection décrite par Nicolas et Favre. L'étude de ces manifestations est relativement récente ; beaucoup d'entre elles semblent nettement dues au virus lymphogranulomateux ; certaines sont encore discutées et leur rattachement à cette maladie demande confirmation. Nous n'avons pas encore la possibilité de les décrire toutes, car il semble que, tous les jours, le cadre de l'affection s'élargisse. C'est avec prudence cependant qu'il faut encore envisager cette extension.

Manifestations cutanées. — Les unes, localisées, doivent être rapportées à l'action propre du virus qui les habite ; les autres, généralisées, sont des réactions allergiques, à distance, des manifestations initiales communes.

Chevalier et Bernard, en 1932, puis Pinard et Fischer publient une forme cutanée pure caractérisée par l'apparition de plusieurs *nodules* dans l'épaisseur de la peau de la région inguinale, du mont de Vénus, nodules mobiles sur les plans profonds et indépendants des ganglions sous-jacents, sans lésion génitale préalable. Il s'agissait d'une lymphangite nodulaire suppurée.

Gougerot et Carteaud (*Annales des maladie vénériennes*, 1933, p. 881) signalent des *lésions du type gommeux.*

Nicolau, en 1934, décrit des *formes nodulaires* fluctuantes et fistulisées.

Midana, à la même époque, observe un malade atteint de maladie de Nicolas et Favre qui présentait en même temps de nombreuses *ulcérations* du type ecthymateux sur l'abdomen, les fesses et les cuisses. Nicolau signale également deux cas de fistules situées dans l'épaisseur de la peau, invisibles et décelées par la radiographie.

Les *éruptions généralisées*, d'allure plus banale, sont des réactions allergiques. Toutes les variétés ont été signalées depuis l'urticaire, l'érythème scarlatiniforme, l'exanthème papulo-vésiculeux banal jusqu'à l'érythème polymorphe ou l'érythème noueux.

Sven Hellerstrom signale que, dans quatre observations, il a constaté un *érythème noueux* typique survenu 1 mois 1/2 à 2 mois après l'apparition des premiers symptômes de la poradénite. Ces nouures étaient de nature passagère, avec tendance à la récidive dans quelques cas. Ce sont des cas semblables que signalent, dans leurs publications, Frei, Nicolas et Favre, Lebœuf, Nicolas, Gaté et Michel, Pautrier, Milian, Gaté, Hoffmann, Franchi, Midana, Sannicandro. Certains auteurs les considèrent comme des métastases cutanées du virus ; d'autres, plus nombreux, par analogie avec les mêmes phénomènes observés dans les mycoses, la tuberculose et la syphilis, tendent à les assimiler à des phénomènes allergiques, car ces éruptions ne se produisent qu'à partir du moment où la réaction de Frei devient positive.

Conjonctivites (Conjonctivite de Parinaud). — L'affection décrite par Parinaud est caractérisée par l'apparition de *végétations* sur la muqueuse palpébrale. Elles envahissent les culs-de-sac palpébraux. Parfois volumineuses, elles ont une disposition en choux-fleurs, de teinte rosée ou jaunâtre. La cornée n'est jamais atteinte. Les paupières épaissies, indurées, s'ouvrent à peine et l'on peut noter même une infiltration de toute la région orbitaire. De la fente palpébrale s'écoulent des larmes mêlées de mucus et de filaments muco-purulents. Il n'y a pas de pus véritable, pas de photophobie.

Cette atteinte conjonctivale est contemporaine d'une *adénopathie préauriculaire* qui peut atteindre le volume d'une noisette ; elle s'accompagne de périadénite et l'inflammation gagne les ganglions angulo-maxillaires, ce qui amène une déformation du visage. Cette polyadénopathie est rare-

ment douloureuse. Le malade accuse fréquemment un certain degré de fatigue, d'asthénie ; sa température oscille autour de 38° le soir.

En 5 à 6 semaines, la maladie évolue favorablement : les végétations disparaissent, les adénopathies régressent et tout rentre dans l'ordre sans laisser de séquelle.

Rarement les ganglions évoluent vers la suppuration. L'examen biomicroscopique montre des lésions polymorphes de la conjonctive tarsienne : *a)* des follicules saillants, blanchâtres, de forme ovoïde ou arrondie, parfois énormes, très vascularisés et bien différents des follicules translucides du trachome ; *b)* des végétations très volumineuses, serrées les unes contre les autres et disposées autour d'un centre nécrotique.

Histologiquement, cette conjonctivite est caractérisée par une infiltration sous-épithéliale de lymphocytes, de polynucléaires et de plasmocytes ; pas de cellules géantes. Les ganglions ne présentent que des signes d'inflammation banale.

Hashimoto et Tanata ont pu reproduire une poradénite par injection, à l'homme et à la souris, de pus provenant de la conjonctivite de Parinaud. Ils ont même pu retrouver, dans les lésions, des corpuscules de Miyagawa. Renard et Roger Nataf relatent également (*Traité d'ophtalmologie*, 1939, Masson, tome **4**) un cas de conjonctivite de Parinaud chez un médecin qui, lors d'une opération de salpingite, avait reçu des particules purulentes dans l'œil. L'affection se développa 15 jours après l'inoculation.

Ces auteurs se demandent si, dans ces conditions, on ne peut faire comme les auteurs japonais et rapprocher cette affection, provenant de la projection de produits septiques humains, de la maladie décrite par Nicolas et Favre.

Il faut signaler que la nature lymphogranulomateuse de la conjonctivite de Parinaud est loin d'être admise par l'ensemble des ophtalmologistes.

Manifestations ostéo-articulaires. — Les manifestations articulaires au cours de la maladie de Nicolas et Favre sont relativement fréquentes ; elles se développent soit à distance des lésions primaires, soit au voisinage des adénites inguino-iliaques.

Tantôt elles prennent l'allure du *pseudo-rhumatisme infectieux* avec polyarthrite et monoarthrite aiguë très douloureuse fébrile soit, au contraire, d'*hydarthrose* plus torpide ou de plus simple gonflement articulaire.

Le liquide articulaire est tantôt clair, tantôt trouble. Dans beaucoup de cas, les auteurs signalent des lésions osseuses concomitantes, en particulier de la décalcification. La *restitutio ad integrum* est presque de règle. On relira avec profit les observations de Paul Chevallier et R. Moline, celles de E. Fräuchiger (Polyarthritis lymphogranulomatosa inguinalis tarda, *Schweiz. med. Wochschrift*, **63**, 1933, p. 2307), de H. Reichle and H. Conner (Lymphogranulome inguinal. Report of a case with involvement of retroperitoneal lymph. bones and probably involvement of the hip joint, adrenal and kidney with autopsy, *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1931, n° 2) ; les deux cas de Carrasco, de Lisbonne, publiés à la *S. F. D. S.*,

14 novembre 1935 ; celui de Hissard et Lechevallier (Maladie de Nicolas et Favre, adénopathie inguino-abdominale, arthrite de la hanche, arthrite du genou homolatéral gauche) ; celui de Sézary et Madeleine Salembiez (Hydarthrose récidivante et maladie de Nicolas et Favre, *B. S. F. D. S.*, 12 novembre 1936, p. 1573 ; celui de Midana (*Minerva med.*, 1937, p. 430) ; les cas de Wright et Myra Logan (*Arch. Surg.*, juillet 1939, p. 108) qui comportent deux cas avec lésions osseuses pubiennes et un cas d'ostéite sternale.

Favre, Michel et Danic ont publié une forme plus grave, non résolutive, d'arthrite aiguë de la hanche avec ankylose complète.

Hellerstrom signale que, dans ses observations, les phénomènes pseudo-rhumatismaux avaient été déclanchés par une intervention chirurgicale effectuée sur les adénites.

Ces lésions articulaires peuvent évoluer à distance des foyers d'inoculation ou, au contraire, au voisinage des masses ganglionnaires infectées. Aussi, certains (Nicolas) ont pu penser que l'infection se transmettait probablement aux articulations voisines par la voie lymphatique.

L'absence de signes de tuberculose, de syphilis en évolution, de gonococcie et la présence de lésions habituelles de poradénite inguinale et iliaque, la réaction de Frei et son corollaire effectué avec le liquide articulaire tyndallisé sur des malades porteurs de maladie de Nicolas et Favre authentique sont autant de raisons qui permettent de rapporter ces accidents au virus lymphogranulomateux.

Ces manifestations articulaires peuvent d'ailleurs faire partie d'un syndrome plus complet. Banciu et Caratzali ont pu publier en 1938 (*A. F. D. S.*, p. 100) un cas de maladie de Nicolas et Favre à manifestation multiples : érythème noueux, endocardite grave et hydarthrose du genou chez un garçon de 11 ans. Ils considèrent ces poussées articulaires comme étant la conséquence d'un état allergique dû au virus de la maladie de Nicolas et Favre.

Manifestations nerveuses. — Étant donné l'affinité particulière du virus pour le tissu nerveux dans la maladie expérimentale du singe, il était prévisible de trouver, en clinique, des manifestations nerveuses de la lymphogranulomatose bénigne.

En 1931, Nicolas observe déjà, au cours de la maladie, de la céphalée, de la fièvre et de la raideur de la nuque, phénomènes qu'il attribue à une *réaction méningée* passagère.

E. von Haam et R. d'Aunoy, de New-Orléans, s'étendent plus longuement sur les caractères de la céphalalgie et sur sa précoce apparition à la phase aiguë de l'affection. Marinesco signale des phénomènes douloureux à type de névralgie sciatique et crurale.

Florancio Prats note également une céphalée intense et fébrile à la phase aiguë dans 52 o/o des cas de poradénite.

En 1932, Paul Chevallier et Bernard publient, sous le nom de *méningite chronique atténuée* de la poradénite inguinale humaine, l'observation d'une femme de 38 ans qui présente, au cours d'une lymphogranulomatose ingui-

nale typique, des douleurs dans les membres et le rachis rappelant les douleurs ostéoscopes de la syphilis, des algies faciales et une céphalée violente. La ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien présentant une réaction cellulaire notable (11,4 éléments blancs par millimètre cube), ce qui permet aux auteurs de conclure que la localisation méningée est possible chez l'homme atteint de poradénite inguinale.

Midana et Vercellino, en 1933, pratiquent des réactions de Frei avec le liquide céphalo-rachidien de deux de leurs malades. Ces résultats sont positifs et suffisamment concordants pour affirmer la présence d'une localisation nerveuse du virus.

Des accidents nerveux plus graves (paraplégie flasque, des crises épileptiformes, des méningo-encéphalites graves et même mortelles) sont signalés par R. O. Rajam, V. G. David et M. Loring.

Marinesco et Grigoresco avaient déjà observé, en effet, un cas de paraplégie flasque fébrile avec troubles sphinctériens et eschare chez un de leurs malades, à la fin d'une série de 12 injections sous-cutanées de vaccin. La ponction lombaire permettait de constater une réaction leucocytaire assez intense dans le liquide céphalo-rachidien.

L'observation de R. O. Rajam concerne un cas de lymphogranulomatose inguinale qui se complique, pendant la quatrième semaine de la maladie, d'une méningo-encéphalite mortelle. Le liquide céphalo-rachidien contenait 0,95 d'albumine et 136 cellules par millimètre cube, dont 20 o/o de polynucléaires. La réaction de Frei, pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien chez deux lymphogranulomateux authentiques, fut fortement positive. Les auteurs concluent à une méningo-encéphalite causée par le virus lymphogranulomateux.

Quant à l'observation de V. G. David et M. Loring, elle a trait à une malade atteinte de rétrécissement serré du rectum avec abcès périrectaux et nombreuses fistules recto-vaginales, chez laquelle survient une méningo-encéphalite caractérisée d'abord par un coma prolongé pendant 4 jours puis par des accès convulsifs de fréquence croissante, se répétant bientôt jusqu'à 4 et 6 fois par semaine. La réaction de Frei fut fortement positive. A la suite d'un traitement intense et prolongé par l'antimoine il y eut une diminution considérable de fréquence et d'intensité des crises. Les auteurs concluent à la possibilité de relation entre la lymphogranulomatose inguinale et cette méningo-encéphalite, et préconisent d'étendre l'emploi de la réaction de Frei à d'autres cas d'épilepsie d'origine essentielle.

Lévy-Valensi et de Sèze, dans la thèse de leur élève Grünberg (Paris, 1938), relatent ces différents cas et commentent une observation personnelle de myélite aiguë qu'ils rapportent à l'association du virus lymphogranulomateux et du *Proteus* de Hauser.

D'autres expérimentateurs veulent encore voir plus large et demandent d'appliquer la réaction de Frei à l'étude des tabétiques.

En somme, il ne fait aucun doute que le virus lymphogranulomateux chez l'homme puisse, comme chez l'animal de laboratoire, produire des accidents nerveux, mais des études plus poussées sont encore nécessaires

pour permettre d'en préciser les variétés cliniques et les modalités biologiques.

Manifestations pulmonaires. — L'étude de la réaction de Frei, dans certaines pneumonies atypiques, a permis de déceler un certain nombre de cas positifs (Rake, Eaton et Staffer, *Proceed. Soc. Exp. Biol.*, n° 456). Des recherches plus nombreuses sont encore nécessaires pour affirmer la nature lymphogranulomateuse de cette localisation.

En terminant cette longue énumération, signalons, en 1938, une publication de Melczer, Siphos, Wenckel et Wlassus sur un cas de lymphogranulomatose inguinale extra-ganglionnaire mortelle, avec graves phénomènes généraux, qui assombrit sensiblement le pronostic de cette affection jusqu'ici considérée comme bénin *quoad vitam.*

*
* *

Pour conclure, les publications de ces dernières années, concernant l'étude de la maladie de Nicolas et Favre, montrent que le cadre de cette affection doit singulièrement s'élargir. Grâce aux expérimentations chez l'animal, aux réactions biologiques, il est permis de penser que cette maladie, jusqu'ici considérée comme essentiellement localisée aux régions ano-génitales, est capable d'abord de provoquer, par les anticorps dus à la présence du virus dans l'organisme, des manifestations allergiques à distance du point d'inoculation : au niveau de la peau, des séreuses, de l'endocarde, etc..., et aussi, ce que laissait prévoir l'expérimentation sur l'animal, des localisations nerveuses méningées ou encéphaliques dont l'étude est du plus haut intérêt puisque, en particulier, elles permettent de rapporter à la poradénite certaines paralysies et de connaître l'origine de certaines crises convulsives dénommées, jusqu'alors, épilepsie essentielle.

Mais il ne faut pas oublier de souligner que ces études ne sont encore qu'à leur début et qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure à la nature lymphogranulomateuse d'une affection sans s'entourer de toutes les garanties, c'est-à-dire : coexistence de localisations classiques de la maladie, réactions de laboratoire, telle qu'inoculation de l'animal, réaction de Frei ou son corollaire avec le produit suspect préalablement tyndallisé.

Il faut se rappeler aussi que la réaction de Frei, quoique habituellement fidèle, n'est cependant pas une réaction obligatoirement spécifique.

PÉNICILLINE ET SYPHILIS

Par le Professeur P. PHOTINOS,
Directeur de l'Hôpital Syggros (Athènes)

Malgré la diversité des opinions sur l'action bactéricide de la pénicilline, il est hors de doute que ce nouveau médicament agit énergiquement contre le tréponème, soit seul, soit en combinaison avec l'arsenic et le bismuth.

Cette nouvelle méthode thérapeutique est très répandue aux États-Unis, où l'on a installé des centres spéciaux, connus sous le nom de *Rapid treatment centers*, sous la direction de l'État. Leur nombre en 1946 s'élevait à 56, mais il semble que bientôt il va s'augmenter et nous avons eu dernièrement l'occasion de visiter quelques-uns de ces centres, en particulier celui d'Ann Arbor (Michigan), le *Michigan Rapid Treatment Center*.

Le traitement appliqué dans ces centres est court, de 10 jours en général. Il se compose de 10 piqûres d'arsenic (du type Mapharsen), de 3 piqûres de bismuth et de 1.200.000 à 4.800.000 unités de pénicilline. Il a été réglé par les Américains, notamment par les Prof. Wile, Curtis, Stokes et d'autres.

Nous avons résumé dans le *Journal Médical Grec* : « Sur le traitement luétique par la pénicilline », les résultats obtenus chez 498 malades traités par cette méthode et observés personnellement dans ce « Rapid Treatment Center » du Michigan. La pénicilline seule a été injectée surtout aux petits enfants. Dans la première série de 498 malades, avec examens de sang (réaction de Kahn) pendant 1, 2 et 3 mois après le traitement, nous trouvons 66 o/o de résultats satisfaisants et 19 o/o complètement négatifs et nous concluions : « Le temps écoulé après le traitement est trop court, il est donc difficile de dire dès à présent si cette méthode thérapeutique suffira. De multiples problèmes sont à résoudre et, notamment, ne serait-il pas bon d'utiliser la pénicilline en doses croissantes comme l'arsenic ? »

Dès notre retour à Athènes, en septembre 1946, nous avons appliqué la pénicilline au traitement des syphilitiques de l'Hôpital Syggros, dont nous avons entre temps pris la direction. Nous avons choisi des malades indiscutables atteints de lésions primaires (chancre et adénite) ou de plaques muqueuses, afin de pouvoir contrôler, par la recherche du tréponème et les Bordet-Wassermann en série, l'action de la pénicilline.

Notre expérience porte sur 51 malades, la plupart des femmes : 11 ont été traités par la pénicilline seule, à la dose de 50.000 unités toutes les trois heures, jour et nuit, jusqu'au total de 2.400.000 unités ; 40 ont été soumis au traitement mixte nord-américain de Wile dit 10-24-3, parce qu'il

correspond à 10 piqûres d'arsenic (Mapharsen, 6 centigrammes par piqûre), 3 injections de bismuth et 2.400.000 unités de pénicilline à la dose de 50.000 unités toutes les deux heures.

*
* *

Observations

I. — **Première série** *de 11 cas* (six femmes et cinq hommes) *traités par la* **pénicilline seule.**

Obs. I. — 20 ans, entrée le 23 août 1946 pour chancre de l'anus. Ultra +. B.-W. (1) négatif. Après traitement, B.-W. négatifs les 17 septembre et 4 octobre, liquide c.-r. négatif le 5 octobre 1946.

Obs. II. — 20 ans, entré le 25 août 1946. Chancre de la verge et syphilis secondaire avec plaques muqueuses du scrotum. Ultra +. B.-W. positifs. Après traitement, B.-W. négatifs les 13 et 19 septembre, 1er et 29 octobre, 9 et 27 novembre.

Obs. III. — 17 ans, entrée le 29 août 1946. Plaques muqueuses génitales et anales. Après traitement, B.-W. négatifs les 21 septembre et 4 octobre, liquide c.-r. négatif le 5 octobre 1946.

Obs. IV. — 20 ans, entrée le 4 septembre 1946. Chancre des petites lèvres et plaques muqueuses anales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatifs les 17 septembre et 4 octobre, liquide c.-r. négatif le 5 octobre.

Obs. V. — 19 ans, entrée le 7 septembre 1946 pour chancre anal et plaques muqueuses génitales. Ultra +. B.-W. positifs. Après traitement, B.-W. négatifs les 4 et 29 octobre, liquide c.-r. négatif le 5 octobre.

Obs. VI. — 18 ans, entré pour chancre de la verge le 12 septembre 1946. Ultra +. B.-W. négatif. Après traitement B.-W. négatifs les 1er et 29 octobre, 9 et 27 novembre.

Obs. VII. — 18 ans, entrée pour chancre génital, plaques muqueuses anales et éruption papuleuse. Ultra +. B.-W. positifs. Après traitement, B.-W. négatif et liquide c.-r. négatif le 5 octobre.

Obs. VIII. — 19 ans, entré le 18 septembre 1946. Chancre de la verge. Ultra +. B.-W. négatifs. Après traitement, B.-W. négatifs les 1er octobre, 4 et 29 novembre 1946.

Obs. IX. — 21 ans, entré le 19 septembre pour plaques muqueuses anales. Ultra +. B.-W. positifs. Après traitement, B.W. négatifs les 1er octobre et 1er novembre 1946.

Obs. X. — 26 ans, entré le 20 septembre pour chancre du frein de la verge, plaques muqueuses anales et éruption papuleuse. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.W. négatif le 1er octobre.

Obs. XI. — 35 ans, entrée le 14 octobre pour un chancre génital. Ultra +. B.-W. négatif. Après traitement, B.-W. négatifs les 14 et 17 novembre 1946.

(1) Bordet-Wassermann : B.-W.

RECHERCHES DE LABORATOIRE. — En dehors des contrôles par les B.-W. nous avons parallèlement recherché le tréponème dans les lésions syphilitiques (chancre et plaques muqueuses). Dans les chancres, nous n'avons pu mettre en évidence le tréponème après la troisième piqûre; dans les plaques muqueuses le tréponème disparaissait ordinairement dès la quatrième injection.

Deuxième série *de 40 malades* **traités par la pénicilline,** *2.400.000 U.;* **arsenic** 10 piqûres (0 cgr. 06) et **3 injections** *de bismuth, suivant la méthode nord-américaine de traitement rapide* (Wile).

OBS. XII. — 27 ans, entré pour chancres de la verge et éruption papuleuse du corps le 21 septembre 1946. Ultra +. B.-W. positifs. Après traitement, B.-W. négatifs les 9 octobre et 15 novembre 1946.

OBS. XIII. — 17 ans, entrée le 24 septembre pour chancre, plaques muqueuses génitales, éruption papuleuse du corps, roséole. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatifs les 5 et 29 octobre, 5 novembre 1946.

OBS. XIV. — 24 ans, entré le 1er octobre 1946 pour un chancre du prépuce. Ultra +. B.-W. négatif. Après traitement, B.-W. négatif le 29 octobre 1946.

OBS. XV. — 22 ans, entré pour un chancre de la verge le 1er octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatifs les 13 et 29 octobre, 9 décembre 1946.

OBS. XVI. — 26 ans, entrée pour plaques muqueuses génitales le 4 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W négatif le 24 octobre 1946.

OBS. XVII. — 18 ans, entrée le 7 octobre 1946 pour un chancre du périnée. Ultra +. B.-W. négatif. Après traitement, B.-W. négatifs les 30 octobre et 7 novembre 1946.

OBS. XVIII. — 18 ans, entré le 7 octobre 1946 pour un chancre du gland et trois du prépuce. Ultra +. B.-W. négatif. Après traitement, B.-W. négatifs les 23 novembre et 13 décembre 1946.

OBS. XIX. — 23 ans, entrée le 9 octobre 1946 pour deux chancres génitaux. Ultra +. B.W. négatif. Après traitement, B.-W. négatifs les 7 et 30 novembre, 4 décembre 1946.

OBS. XX. — 38 ans, entrée pour éruption lichénoïde généralisée et plaques muqueuses génitales le 12 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Un mois après le traitement, B.-W. encore positif le 27 novembre 1946; mais le 7 décembre, B.-W. négatif.

OBS. XXI. — 19 ans, entrée le 12 octobre 1946 pour plaques génitales et anales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatifs les 30 octobre et 7 novembre 1946.

OBS. XXII. — 17 ans, entrée le 16 octobre 1946 pour plaques muqueuses, roséole et éruption papuleuse du corps. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. resté positif le 23 novembre. La malade est perdue de vue.

OBS. XXIII. — 18 ans, entrée pour chancre et plaques muqueuses génitales le 17 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. à peine positif le 23 novembre et négatif le 10 décembre.

Obs. XXIV. — 19 ans, entrée pour plaques hypertrophiques génitales et anales le 19 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. XXV. — 19 ans, entrée le 22 octobre 1946 pour un chancre de la petite lèvre. Ultra +. B.-W. négatif. Un mois après traitement, B.-W. négatif le 23 novembre 1946.

Obs. XXVI. — 17 ans, entré pour lésions secondaires et plaques muqueuses hypertrophiques anales le 22 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Un mois après, B.-W. encore positif; B.-W. douteux le 9 décembre.

Obs. XXVII. — 22 ans, entrée le 24 octobre 1946 pour un chancre géant et plaques muqueuses génitales. Ultra +. B.-W. positif. Le 19 décembre 1946, B.-W. négatif.

Obs. XXVIII. — 20 ans, entrée pour plaques hypertrophiques génitales, le 24 octobre 1946. Ultra +. B.-W. positif. Malgré le traitement, les B.-W. sont restés positifs les 27 novembre et 10 décembre.

Obs. XXIX. — 20 ans, entrée le 25 octobre 1946, pour un chancre génital. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 19 décembre 1946.

Obs. XXX. — 16 ans, entrée le 28 octobre 1946 pour chancres anaux. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 28 décembre 1946.

Obs. XXXI. — 20 ans, entrée le 29 octobre 1946 pour lésions secondaires et plaques muqueuses buccales. Ultra +. B.-W. positif. Malgré le traitement, le B.-W. reste positif le 10 décembre.

Obs. XXXII. — 20 ans, entrée le 30 octobre 1946, pour un chancre vaginal et roséole. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif.

Obs. XXXIII. — 18 ans, entrée le 31 octobre 1946, pour plaques hypertrophiques des organes génitaux et d'autres lésions secondaires. Ultra +. B.-W. positifs, qui restent positifs malgré le traitement des 18 et 27 novembre, 10 décembre 1946.

Obs. XXXIV. — 20 ans, entrée le 8 novembre 1946 pour lésions primo-secondaires (chancres génitaux et plaques muqueuses). Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 19 décembre 1946.

Obs. XXXV. — 22 ans, entrée le 11 novembre 1946, pour un chancre de la lèvre inférieure. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. douteux le 24 décembre 1946.

Obs. XXXVI. — 18 ans, entrée le 12 novembre 1946, pour plaques hypertrophiques génitales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 19 décembre 1946.

Obs. XXXVII. — 19 ans, entrée le 15 novembre 1946, pour un chancre du col de l'utérus. Ultra +. B.-W. négatif et, après traitement, le 28 décembre 1946.

Obs. XXXVIII. — 22 ans, entrée le 18 novembre 1946, pour un chancre anal. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 24 décembre 1946.

Obs. XXXIX. — 16 ans, entrée pour lésions secondaires (plaques muqueuses buccales et génitales). Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 2 janvier 1946.

Obs. XL. — 20 ans, entrée le 22 novembre 1946, pour roséole et plaques buccales. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. XLI. — 20 ans, entrée le 7 décembre 1946, pour un chancre de la grande lèvre. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 8 janvier 1947.

Obs. XLII. — 19 ans, entrée le 7 décembre 1946, pour un chancre du clitoris. Ultra +. B.-W. négatif et après traitement.

Obs. XLIII. — 53 ans, entrée le 9 décembre 1946, pour plaques muqueuses génitales. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. XLIV. — 35 ans, entrée le 10 décembre 1946, pour roséole et plaques muqueuses buccales et génitales. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. XLV. — 20 ans, entrée le 13 décembre 1946, pour lésions hyperkératosiques palmaires et plantaires et plaques muqueuses génitales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 7 janvier 1947.

Obs. XLVI. — 18 ans, entrée le 25 décembre 1946, pour plaques génitales et papules du corps. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 18 février 1947.

Obs. XLVII. — 21 ans, entrée le 4 janvier 1947, pour plaques érosives anales et des grandes lèvres Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 6 février 1947.

Obs. XLVIII. — 20 ans, entrée le 8 janvier 1947, en pleine syphilis secondaire, plaques érosives génitales. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. XLIX. — 21 ans, entrée le 27 janvier 1947, avec des lésions secondaires et plaques génitales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, malade perdue de vue.

Obs. L. — 22 ans, entrée le 27 janvier 1947, pour plaques anales. Ultra +. B.-W. positif. Malade perdue de vue.

Obs. LI. — 19 ans, entrée le 31 janvier 1947, pour plaques génitales. Ultra +. B.-W. positif. Après traitement, B.-W. négatif le 25 février 1947.

En résumé, *51 malades* avec des lésions syphilitiques, en activité, typiques tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique et sérologique traités par la pénicilline, soit seule, soit combinée, suivant la méthode nord-américaine.

Nous soulignerons deux points : Le traitement a négativé la plupart des séro-réactions de Bordet-Wassermann en un mois et fait disparaître très vite le tréponème dans les lésions. Le tréponème n'a pas pu être décelé après la 4e-5e piqûre, ce qui est capital pour la prophylaxie, car dans un temps très court les malades ne sont plus contagieux. Dans plusieurs cas, le liquide céphalo-rachidien a été complètement négatif.

Il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions d'avenir au point de vue pronostique, mais ces premiers résultats du traitement d'attaque sont très encourageants pour pouvoir dire aux syphilitiques : *appliquez la pénicilline* comme traitement d'attaque *mais suivez les conseils de votre médecin* pour appliquer les traitements de consolidation (1).

(1) Notre article étant publié avec un peu de retard nous sommes très heureux de signaler que depuis lors nous avons changé certaines conceptions. Notamment, nous donnons maintenant aux malades 10.000.000 d'unités de pénicilline comme nous l'avons exposé à l'Assemblée générale de l'Union Internationale contre le péril vénérien (Paris, le 24 octobre 1947).

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA CREEPING DISEASE (LARVA MIGRANS)

Par J. H. RILLE,
Ancien professeur de dermatologie à Leipzig,
professeur honoraire à l'Université d'Innsbruck.

L'aspect pathologique, tel que nous l'offrent les figures de *Creeping Disease*, quand il est caractéristique, ce qui est rare, est assez connu. Je connais deux cas publiés en France (Brodier et Fouquet, Milian), tandis que celui signalé par Darier, étant dû à l'*Hypoderma bovis*, est de nature différente. En Allemagne et en Autriche on en a constaté, jusqu'à ce jour, une dizaine de cas, dont 4 par moi-même, 2 à Vienne (fig. 1) et 2 à Leipzig. Notons que les cas découverts à Vienne sont les premiers du continent européen. Nous nous trouvons ici en présence de la jeune larve du *Gastrophilus equi s. intestinalis*, parfois aussi de celle du *G. hemorrhoidalis*. Après sa sortie de l'œuf, elle ne dépasse guère 1 mm. 3. Sa forme est allongée, menue et svelte ; elle va s'amincissant à l'avant comme à l'arrière et se compose de 13 segments, dont les premiers sont rentrés lorsque la larve est au repos. Même un faible grossissement permet de reconnaître les petits aiguillons chitineux, les épines particulièrement nombreuses à la tête et les crochets, tous très importants pour la locomotion.

A l'âge adulte, les exemplaires offrent un aspect tout à fait différent. On les trouve en forme d'essaim, composé de bien plus de 100 individus dans la partie gauche de l'estomac du cheval. Cette partie est moins sensible grâce à l'absence de glandes. Le segment formant la tête pénètre dans la paroi, les larves s'y fixent comme les sangsues par la succion de la muqueuse où elles produisent de petites cavernes qui sécrètent un liquide purulent leur servant de nourriture. Elles tournent, à l'observateur, le dos où se trouvent les trachées indispensables à la respiration. Ces petites larves sveltes sont maintenant devenues coniques, grosses et grasses, longues de 18 à 21 millimètres et larges de 8 millimètres au 7e segment.

L'aspect clinique de la *Creeping Disease* étant assez connu, nous n'avons pas besoin d'en parler, mais seulement d'expliquer l'aspect clinique par la larve même. Il est à remarquer qu'aucun dermatologue ne s'est encore demandé : 1° pourquoi la larve, malgré ses migrations pendant de nombreux mois dans la peau humaine, semble rester toujours si petite, sans grandir ; 2° pourquoi elle s'avance sans cesse tandis que, pendant 10 mois, elle reste immobile dès qu'elle a atteint l'estomac du cheval, lieu de séjour

que la nature lui a assigné. Peut-être faut-il chercher la raison du manque de croissance dans la pression que les tissus de la peau humaine enveloppant le parasite exercent sur lui et à laquelle il n'est pas habitué, ou dans la nourriture nullement conforme et, peut-être également, dans les migrations fatigantes de l'animal.

Mais quelle peut être la raison qui pousse la larve à de telles migrations ? Ce ne sera guère le désir de quitter la peau humaine, car, étant donné que la larve creuse ses couloirs dans les tissus rétiniens les plus hauts, tout près de la cornée ou immédiatement sous la cornée, il ne lui serait point

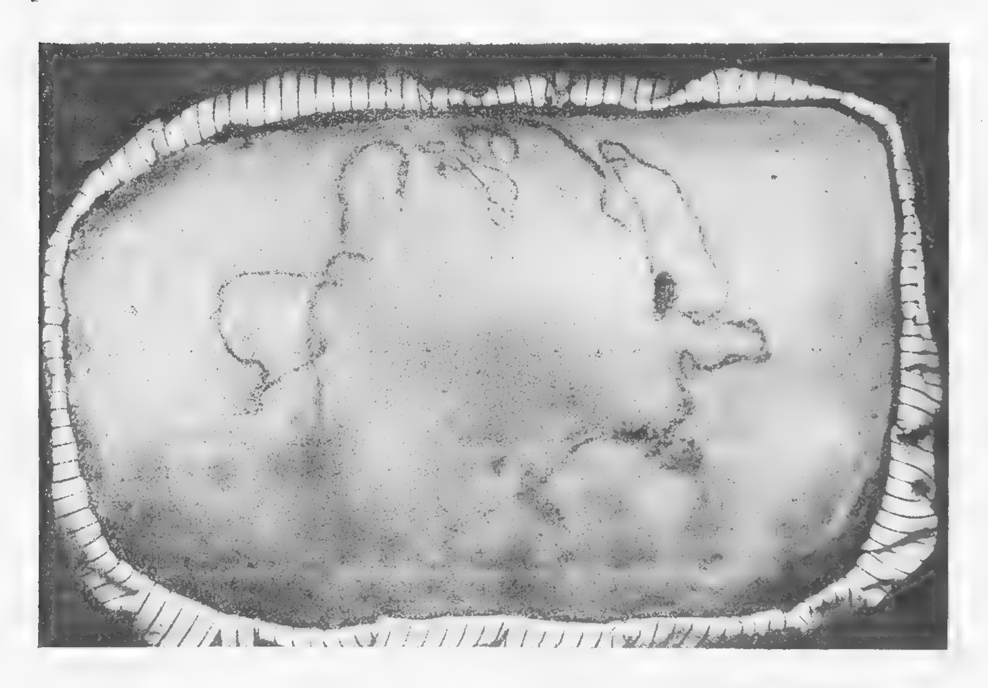


Fig. 1. — Cas de Rille (Vienne, 1895). Fille de 2 ans, région fessière.

difficile de la percer et de sortir. On a même, une fois, observé que la larve, après être arrivée au-dessous d'un ongle, a perforé la peau au bout de l'ongle où elle est restée visible pendant quelques secondes. Très probablement elle n'éprouve aucun désir de s'évader.

Afin d'expliquer les mouvements linéaires exécutés par la larve de la *Creeping*, Raphaël Blanchard renvoie aux mouvements dits de manège provoqués chez certains animaux par une lésion dyssymétrique d'organes sensoriaux. Lorsqu'on coupe à une hauteur inégale les antennes d'une limace, on peut constater que l'animal exécute de beaux mouvements enroulés sur eux-mêmes. Or, cette explication s'appliquerait seulement aux formes très entortillées des couloirs creusés dans la peau humaine, sans nous renseigner sur les raisons de la migration continuée sans relâche pendant des semaines et des mois.

Jusqu'à maintenant, on a généralement supposé que les larves du *Gastrophilus*, après leur éclosion des œufs pondus par la femelle sur la peau des chevaux, passent sur la langue et ensuite dans l'estomac des chevaux qui se lèchent et les avalent en mangeant ou en s'abreuvant. Aujourd'hui, il n'est plus douteux que ces larves pénètrent dans le tégument et dans la muqueuse d'où elles commencent leur migration pénible jusqu'à l'estomac. A quoi d'autre serviraient donc les nombreux crochets et épines



Fig. 2. — Cas de Chládek.

chitineux dont les tout jeunes larves sont déjà munies et qui leur permettent non seulement la pénétration dans la peau et la muqueuse mais aussi un déplacement considérable ?

La larve de la *Creeping* voyage donc non seulement dans la muqueuse du cheval mais aussi, comme chez l'homme, dans la peau. Ce fait est connu depuis relativement peu de temps par les vétérinaires, tandis qu'il est resté jusqu'à maintenant absolument inconnu des dermatologues, tout en étant d'une importance capitale pour la connaissance de la *Creeping Disease* humaine. Il s'agit ici d'une formation parfois frappante de lignes et de rayures appelée par la médecine vétérinaire « eczéma de rayures estivales » ou *Dermatitis æstivalis buccæ* que nous trouvons chez les chevaux

dans la peau de la tête et surtout aux joues, en juillet et août, et qui, composée de couloirs creusés par un nombre plus ou moins grand de larves du *Gastrophilus*, correspond absolument à la *Creeping Disease* humaine.

Déjà le nom « eczéma » indique que ce phénomène a été généralement interprété de façon erronée par les vétérinaires.

Il fut constaté pour la première fois en 1903 sur des chevaux de l'Armée par Schefferling qui le mit sur le compte d'une lymphangite. Je ne puis citer ici tous les auteurs ni leurs explications erronées. Nous devons le mérite d'avoir suffisamment et définitivement élucidé cette question au Dr Chládek, professeur à l'École Vétérinaire, à Brno. Il est à regretter que le résultat de ses constatations ait été publié en langue tchèque et par conséquent difficile à comprendre.

La figure ci-jointe (fig. 2), représentant une jument de race, âgée de 12 ans, frappe par la netteté des formations de lignes et de rayures qui vont depuis la ganache jusqu'à la bouche en passant par la joue et qui sont aussi nettes que dans la peau humaine. On reconnaît que la partie supérieure des lignes est plus ancienne à leur aspect écailleux et croûteux qui prouve que cette partie est en état de guérison. Les larves du *Gastrophilus* avancent ici en direction de la cavité buccale afin de continuer leur chemin jusqu'au pharynx et au cardia de l'estomac. Tandis que chez l'homme les migrations des larves n'ont pas de but, chez les chevaux elles sont nettement orientées en direction de la bouche.

Chez des chevaux de paysans, qui se trouvent pendant la journée en plein air où ils sont exposés à un soleil ardent, et qui sont rarement étrillés à la tête, on remarque un labyrinthe de lignes entortillées dues à une invasion en masse d'œstres. En Bulgarie, on m'a dit que plusieurs espèces de *Gastrophilus* ont été simultanément trouvées sur le même cheval. Après quelque temps, ces lignes disparaissent spontanément et sans aucun traitement, ce qui va de soi puisque l'affection de la peau est définitivement terminée dès que les larves sont entrées dans la cavité buccale.

En résumé, nous pouvons dire que la larve de la *Creeping* tend absolument à atteindre l'estomac du cheval, but que la nature lui a destiné. L'envie de voyager lui étant innée, il faut qu'elle voyage sans cesse également dans la peau humaine, non sans but mais sans succès. Elle sait qu'elle doit se frayer un chemin pénible avant d'entrer au pays de Cocagne.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES VÉGÉTATIONS VÉNÉRIENNES

Par Jacques RUDLOFF
(Cherbourg).

Symptomatologie.

Les végétations vénériennes, vulgairement appelées crêtes de coq, ont de nombreux synonymes. Heurtaux et les auteurs allemands leur préfèrent le nom de condylomes acuminés, d'autres celui de papillomes, Guérin celui d'acanthome infectieux.

Elles débutent par une saillie papuleuse rose, à surface irrégulière qui bientôt s'élargit et se hérisse de prolongements filiformes plus ou moins nombreux et serrés donnant l'impression d'un minuscule chou-fleur. Cet élément s'accroît puis s'aplatit, recouvrant la peau comme le ferait le chapeau d'un champignon ; d'autres naissent dans le voisinage ; leur réunion peut former des masses végétantes assez importantes. Nicolas et Rousset rapportent l'observation d'une malade à laquelle ils ont excisé une masse de végétations de la région vulvaire et péri-vulvaire dont le poids atteignait 500 grammes. La peau sur laquelle elles s'implantent est normale. Elles sont indolores. Leur durée est indéfinie et souvent elles récidivent après traitement.

Ce sont des tumeurs auto-inoculables et contagieuses.

Elles sont en règle bénignes. Rares sont les exemples de dégénérescence maligne. Keen en cite un cas, Rohrer deux autres. Kaufmann cite 33 cas d'épithélioma du pénis sur lesquels 29 ont débuté par des végétations. Il nous semble très probable que là l'auteur a pu confondre des végétations banales avec un début d'épithélioma type papillaire. Thorel a vu cette papillomatose devenir cancer à la suite d'un traitement radiothérapique. De tels faits sont exceptionnels.

Les papillomes se développent le plus souvent sur les organes génitaux et l'anus. Ce sont eux qui nous intéresseront plus particulièrement. Les papillomes buccaux et laryngés, ceux du cuir chevelu, sont de même nature très probablement : plusieurs auteurs ont signalé cette analogie : Clément-Simon et Gastinel en 1919, Lévy-Bing et Gerbay la même année, René Raoul dans sa thèse, Seguin et Logeais un peu plus tard ; récemment le professeur Gougerot et Carteaud ont présenté un malade atteint de végétations du filet lingual dont la contamination vénérienne a été avouée.

ANNALES DE DERMATOLOGIE. — 8e SÉRIE, TOME 8, N° 1, JANVIER 1948.

Anatomie pathologique.

Le corps papillaire, plus ou moins développé, forme des saillies larges ou effilées, bien vascularisées, dont les sommets sont prolongés par une masse épithéliale parfois minime, parfois importante. L'hyperplasie papillaire et vasculaire est très accentuée. Le tissu conjonctif axial a les caractères du tissu du bourgeon charnu : il est parcouru de vaisseaux néoformés à lumière large, à parois minces, dont la rupture explique les hémorragies habituelles en nappes au cours des excisions. Le revêtement épidermique est corné, peu important ; il respecte l'individualité des papilles. La couche cornée manque lorsque la végétation est rouge, humide et en voie d'accroissement rapide. De nombreux polynucléaires s'infiltrent entre les cellules épithéliales quand elle est secondairement infectée.

Diagnostic.

Il est le plus souvent évident. Toutefois, Hudelo et Marceron ont signalé des végétations vénériennes qui avaient simulé à leur début une papule syphilitique ; Bertin, Cl. Huriez et Leborgne ont rapporté l'observation curieuse de végétations simples du sillon balano-préputial du volume d'une petite orange ayant simulé en tous points un épithélioma du gland. Ce sont des curiosités et seul le diagnostic peut se poser dans quelques rares cas, pour des yeux peu avertis, avec les syphilides végétantes.

Étiologie.

Causes prédisposantes. — L'âge semble avoir une importance dans l'apparition des végétations vénériennes qui sont plus fréquentes entre 18 et 45 ans et plus spécialement encore entre 20 et 25 ans, selon Bargues, qui trouve 47 o/o des cas à cet âge. On trouve à peine une trentaine d'observations de végétations de l'enfance dans la littérature. Une des dernières est celle de Touraine qui cite le cas d'une fillette de 9 ans atteinte de végétations de l'anus coexistant avec des verrues vulgaires des mains. Au-dessus de 45 ans, l'apparition de papillomes est aussi très rare. Nous en avons vu un cas récemment chez un homme de 53 ans.

Le sexe agirait peu.

La grossesse aurait une influence d'exagération mais non de détermination. Il est fréquent de voir les végétations disparaître après l'accouchement. Dans un cas personnel au contraire (*in* Thèse) nous avons vu des papillomes augmenter considérablement de volume et se multiplier après l'accouchement, notamment sur la cicatrice d'une déchirure périnéale superficielle.

Le terrain local a été souvent mis en cause : la malpropreté serait un

facteur prédisposant pour M. Guérin, pour Alphonse Guérin, pour Brally ; mais Escartefigue ne lui attribue aucune valeur. Nous-même pensons comme ce dernier : en effet, il nous a semblé que l'on observait une proportion nettement plus grande de végétations chez les prostituées qui, de par la nature de leurs occupations et les visites fréquentes auxquelles elles étaient soumises, avaient en général recours à des soins de propreté assez satisfaisants.

Causes déterminantes. — A. *Non infectieuses.* — Les opinions émises par Caquille et par le professeur Roussy attribuant l'origine des végétations vénériennes à l'irritation provoquée par des sécrétions du voisinage, les expériences de Cronquist et de Winternitz les attribuant à des applications de substances irritantes ne peuvent pas permettre d'éliminer à coup sûr le rôle d'un agent infectieux ; d'autre part on a pu se trouver là en présence de proliférations papillomateuses analogues à celles que l'on observe dans les premiers stades du cancer par irritation chimique.

B. *Infectieuses.* — Ce sont là les causes les plus généralement admises actuellement. Seul diffère l'agent infectieux, pour les différents auteurs. Des preuves cliniques d'auto-contagion nous sont données par Gémy qui pense que la contagion s'effectue par grattage et qu'il est fréquent de voir les végétations pulluler après une intervention sanglante ; par Fournier qui dit qu'une végétation semble en appeler une autre et qu'elles produisent une véritable graine qui se propage au voisinage ; par Vidal qui fait dériver les végétations d'une verrue-mère qui se trouve généralement au centre des verrues-filles.

Des cas de transmission à l'individu indemne, s'ils ont été niés par Ricord et par Alph. Guérin (pour qui certaines végétations dériveraient de plaques muqueuses transformées), sont au contraire unanimement admis par les auteurs modernes. Ducrey et Oro dans 6 cas de conjoints ont trouvé les condylomes acuminés des deux côtés. Neuberg, en 1907, Lichtenstein, Waelsch, Nicolas, en rapportent plusieurs observations. Nous-même dans notre thèse en rapportons un cas évident. Dracoulidès rapporte deux observations qui ont la valeur d'une expérience et qui confirment ces opinions.

Expérimentalement, les résultats obtenus ne sont pas aussi concordants : Robert Melchior, en 1912, fit 10 tentatives d'inoculation de fragments de papillomes sous son prépuce, soit sain, soit érodé, sans résultat. Ricord dans 28 cas, Kaposi, Hebra, William Peter dans 12 cas, Guntz dans 6 cas, échouent également. Bargues n'a pas davantage de succès en tamponnant la peau du prépuce pendant 3 heures et celle du bras pendant 4 jours avec du sang de végétations ; puis en appliquant de la même façon ce sang après avoir scarifié la peau sur laquelle était tentée l'inoculation ; enfin en essayant de greffer des débris de végétations sur une oreille de lapin préalablement érodée ou en inoculant sous la peau d'un autre lapin un mélange à parties égales de broyat de végétations et de glycérine. Julius-

berg et Schucht échouent sur le singe. De même Serra sur l'homme et M. Guérin sur le cobaye.

Nous-même avons fait des inoculations à des souris.

Nous avons recueilli dans un mortier stérile des végétations excisées au ciseau sans désinfection préalable et sans anesthésie. Nous les avons broyées avec une petite quantité de sérum physiologique.

Chez deux souris, nous avons fait des scarifications au vaccinostyle sur la peau des flancs préalablement rasée. Nous y avons déposé une petite quantité du liquide obtenu par broyage et nous avons laissé sécher pendant plusieurs minutes. Chez deux autres souris, nous avons, avec ce même broyat, fait des injections intradermiques et sous-cutanées également sur les flancs. Nous avons fait les mêmes inoculations à 4 autres souris 3 jours après, avec un broyat des mêmes végétations conservées pendant ces trois jours dans un mélange à parties égales de glycérine et d'eau distillée. Sur un lot de 3 autres souris, nous avons fait des scarifications avec du papier de verre stérile sur les flancs, sur le nez et sur le pénis; nous y avons déposé, de la même façon que dans les premières expériences, le broyat des végétations recueillies dans les mêmes conditions et broyées également dans une petite quantité de sérum physiologique. Pendant 7 mois, nous n'avons observé aucune modification chez les souris qui ont survécu.

Plus heureux ont été : Kranz, en déposant un fragment de végétations sur la muqueuse saine préalablement raclée au bistouri ; Waelsch, en 1917, en inoculant des végétations sur son propre bras et sur la vulve d'une jeune fille vierge ; Ziegler, qui vit apparaître, sur l'avant-bras d'un sujet atteint de végétations vénériennes, ces mêmes végétations 11 mois après qu'il les lui eut inoculées par scarifications. Des scarifications témoins étaient restées indemnes. Ulmann, s'étant inoculé lui-même et ayant inoculé sur la muqueuse vaginale d'une chienne le produit de râclage de papillomes laryngés, vit apparaître en 3 mois des végétations typiques. Serra, inoculant à lui-même et à 5 malades du filtrat de suc de papillomes, voit apparaître en 4 à 5 mois, chez 3 sujets, des verrues et des papillomes. Les inoculations faites par Peyton Rous à 64 lapins de papillomes infectieux du lapin sont positives dans tous les cas, qu'il fasse l'inoculation par scarification ou par injection intradermique. La durée d'incubation varie de 8 jours à 2 mois suivant le mode d'inoculation employé. Lafourcade réussit toujours lui aussi en employant la méthode de scarification. Par voie intradermique il n'obtient de résultats positifs que dans la moitié des cas. Heller rapporte la curieuse observation suivante : une vache, traite alternativement par une femme et son fils, présente de nombreuses verrues aux quatre pis, la femme aux grandes lèvres et à l'anus, le mari au prépuce, l'enfant aux doigts. Enfin Zwick rapporte qu'un aide, en opérant une verrue du veau, se blessa à la main et que, à cette place, apparut une verrue.

L'agent infectieux.

Si la syphilis (aux XVIe et XVIIe siècles), le streptocoque (pour Fabris et Fiocco) ou un corpuscule élémentaire inclus (selon Lipschütz) n'ont plus

aucun défenseur actuellement, la blennorragie a été encore mise en cause par Gouin, par Ravaut et Marcel Ferrand, par Brocq, de nos jours. Mais ils lui attribuent un rôle favorisant plutôt qu'un rôle déterminant.

Les deux agents pathogènes déterminants sur lesquels on discute actuellement sont : soit un spirochète, soit un virus filtrant.

A. *Papillomes et virus filtrants.* — Cette opinion s'appuie sur la parenté qui existe entre les papillomes et les verrues vulgaires. Il semble bien, en effet, qu'une verrue peut provoquer l'apparition d'un papillome et inversement, comme le prouvent les observations que nous avons énumérées dans notre thèse et dont la liste pourrait sembler fastidieuse ici. En voici quelques-unes seulement, parmi les plus démonstratives. Cette analogie a déjà été notée en 1754 par Astruc qui donne le nom de verrue à une forme de végétations des organes génitaux. Diday trouve 47 porteurs de verrues sur 55 malades atteints de végétations. Gémy rapporte 40 observations relatant cette coexistence. Aubert, en 1900, conclut, sur un cas particulièrement significatif, que les végétations sont transmissibles d'un individu à un autre et en particulier au cours de rapports sexuels ; que les végétations peuvent provenir de verrues de l'homme ; et enfin que ces verrues de l'homme peuvent provenir de verrues des animaux. Bargues lui-même trouve des verrues ou des traces de verrues chez 44 individus sur 48 porteurs de végétations. Guérin nous apporte, dans sa thèse, des avis semblables. Frey voit la coexistence dans 50 o/o des cas. Les deux observations de Dracoulidès citées plus haut sont tout à fait en faveur, aussi d'une identité de cause. Balo et Korpassy en rapportent aussi de très nombreux cas démonstratifs. Brandes a trouvé, parmi 38 personnes atteintes de condylomes acuminés, 26 porteuses de verrues aux mains, aux pieds, au visage.

Waelsch et Habermann ont vu, chez le même individu, les transformations les plus diverses entre le condylome et la verrue vulgaire et tiennent les deux maladies pour étiologiquement identiques. Waelsch (1917) a employé comme matériel le condylome du prépuce d'un jeune homme et l'a transplanté au moyen de frictions sur des endroits scarifiés de son propre avant-bras, de l'avant-bras de son assistant Fantl et de la même manière sur la face interne des petites lèvres d'une vierge. Les trois inoculations réussirent : en deux mois et demi l'inoculation d'un bras et celle des petites lèvres ; en neuf mois l'inoculation de l'autre bras. Sur les petites lèvres apparurent des condylomes, sur les avant-bras des verrues planes qui présentaient une grande ressemblance avec les verrues apparues sur l'autre bras de Waelsch, après l'inoculation de verrue vulgaire.

Frey a vu, onze mois après l'inoculation d'un condylome, se développer une verrue plane. Les différentes apparences tiennent, à son avis, à la localisation. La verrue vulgaire se développe sur les mains, les avant-bras, le visage, le cuir chevelu et rarement sur les talons. Dans les endroits de transition entre l'épiderme et la muqueuse, comme par exemple sur les lèvres ou dans la région génitale, apparaissent des caractères de transition

avec le condylome acuminé. Les formations deviennent papilleuses, pendant que la kératinisation est comprimée dans la profondeur. Le condylome acuminé apparaît principalement sur les muqueuses buccale et génitale. Le caractère aberrant de la verrue plane tient à des conditions de terrain. D'après Frey, l'identité de la verrue vulgaire, de la verrue plane juvénile et du condylome acuminé est établie par la ressemblance histologique, la présence simultanée de ces formations chez le même individu, ainsi que par leur comportement identique vis-à-vis des procédés thérapeutiques.

Ces nombreuses observations nous font penser que la coexistence de ces deux néoplasies est fréquente. Elle se révélerait peut-être plus fréquente encore si on tenait compte de l'avis de Audry qui voit l'origine des trois quarts des végétations vénériennes dans les verrues qu'auraient présentées pendant l'enfance les sujets atteints. Nous préférons ne tenir compte que des observations rapportant des cas de verrues et de papillomes à peu près contemporains parce que, d'une part, les expérimentations et les observations nous montrent que l'incubation de ces différentes tumeurs ne dépasse jamais 18 mois et que, d'autre part, il est bien rare qu'un individu n'ait pas présenté au moins une verrue au cours de son existence, surtout si on a soin d'orienter l'interrogatoire dans ce sens...

Outre les observations sérieuses qui constatent l'apparition simultanée de verrues et de végétations, nous avons d'autres raisons de penser à leur analogie :

— leur structure histologique, d'abord. Les verrues ont une couche cornée développée que n'ont pas les végétations ; celles-ci sont plus vascularisées et inflammatoires, mais par ailleurs ces deux productions ont des coupes absolument superposables ;

— leurs conditions d'apparition et de disparition (notion de traumatisme à l'origine quelquefois) ; fréquence dans la période d'activité sexuelle (bien qu'on observe souvent des verrues chez de jeunes enfants) ; leur disparition spontanée n'est pas rare ; leur récidive après destruction même minutieuse est fréquente.

Enfin, beaucoup d'auteurs ont noté que, suivant le lieu d'inoculation expérimentale d'une même tumeur, on obtient soit une verrue, soit un papillome. Balo et Korpassy concluent après les expériences de Waelsch : « Sur la peau : verrues ; sur les muqueuses : condylomes ». Et Guérin donne l'explication des formes de transition que l'on peut rencontrer : « Leur différence morphologique se comprend aisément selon le siège de la tumeur : la verrue est d'ordinaire cornée, car elle se développe sur la peau sèche ; la végétation molle et humide, car elle se trouve dans un endroit macéré où stagne une sécrétion humide, persistante. Mais, à l'inverse, sur les lèvres, les paupières, les verrues prennent souvent un aspect filiforme, qui les rapproche des condylomes acuminés et, dans les régions où il n'y a pas de macération, les végétations deviennent fortement cornées ».

Si, avec tous ces auteurs, nous voulons bien admettre une identité entre

la verrue vulgaire et les papillomes, nous serons amenés à conclure que les végétations vénériennes sont dues à un virus filtrant puisqu'il est actuellement admis que c'est l'agent causal de la verrue. De plus, il a été possible d'inoculer expérimentalement des papillomes avec des filtrats de papillomes. Serra s'inocula à lui-même un filtrat de suc de papillomes filtré sur bougie Chamberland et inocule aussi 5 malades : en 4 à 6 mois, 2 malades voient apparaître des verrues, un malade des papillomes. Ulmann, chez une assistante, obtint des verrues par inoculation d'un filtrat de papillomes débarrassé de microbes. De Monbreum et Goodpasture ont pu transmettre des papillomes de la bouche à de jeunes chiens en employant un filtrat à travers Berkefeld N et W.

B. *Papillomes et spirochètes.* — De nombreux auteurs français et étrangers ont vu dans les végétations vénériennes des spirochètes divers et certains ont voulu voir là l'agent causal de ces formations : Schaudinn et Hoffmann, dans 5 condylomes, ont vu *Spirochæta refringens.* Scholtz et Cube Kiolemenoglou ont vu ce même spirochète, mais envisagent une confusion possible avec *Treponema pallidum.* A. Kraus qui, dans 5 cas de papillomes, trouve *Spirochæta refringens* et, à côté de lui, de très nombreux spirochètes plus grêles, pâles, difficiles à différencier de *Treponema pallidum.* Dreyer lui-même confirme ces observations. Il a imprégné des végétations selon la méthode de Bertarelli. Dans une première série d'examens, s'adressant à de petits condylomes, il n'a pas trouvé de spirochètes, ce qu'il attribue à leur fragilité. Dans les autres cas, il constate trois fois la présence de spirochètes. Premier cas : condylome du sillon balano-préputial de la grosseur d'une demi-noix ; il trouve *Spirochæta refringens* dans les lymphatiques des papilles, dans le tissu sous-cutané et dans les capillaires fortement dilatés. Deuxième cas : condylome acuminé de la grosseur d'une noix siégeant sur le frein d'un sujet atteint de blennorragie ; de nombreux *Spirochæta refringens* forment un véritable réseau autour des cellules de la couche de Malpighi ; quelquefois on constate une pénétration plus profonde ; de très rares spirochètes dans les fentes lymphatiques ; rien dans les vaisseaux. Troisième cas : deux condylomes de la grosseur d'un pois sur le prépuce chez un sujet atteint de blennorragie et de balanite antérieure : on constate seulement de rares spirochètes à la surface de l'épithélium. L'auteur conclut de ces recherches à l'existence d'un agent spécifique. La possibilité que ce soit *Spirochæta refringens* n'est pas exclue par la nature saprophytique de ce spirochète. La présence fréquente du *refringens* dans le prépuce expliquerait la contagiosité. La position anatomique permettrait les récidives quand l'ablation n'est que superficielle. Enfin, la nature de cet agent expliquerait les succès obtenus par une thérapeutique interne comme les arsenicaux.

En 1907, Juliusberg publia un travail effectué à la clinique de Neisser, à Breslau, sur ce sujet. Il utilisa l'imprégnation par la méthode de Levaditi. Il a trouvé dans les coupes de condylomes non syphilitiques (un cas) des spirochètes courts et épais ayant de 4 à 8 tours de spires, aplatis

(*S. refringens* ?) qui se trouvaient surtout dans les couches superficielles de l'épithélium, dans les sécrétions de la surface et aussi dans les vaisseaux fortement dilatés de la peau.

L'année suivante, Hecht étudie 15 cas par la technique de Levaditi et colore les coupes non imprégnées par le bleu polychrome. Dans 9 cas, il trouve des spirochètes ; dans 6 cas, ils manquent complètement : ce sont les *S. refringens* et des formes de transition plus fines (se rapprochant de *T. pallidum*).

En 1919, Favre et Civatte reprennent la question. Ils rejettent la coloration à l'argent et lui préfèrent la coloration par l'hématoxyline au fer, après fixation au bichromate-formol de Regaud. Dans une première série de recherches, ils examinèrent des végétations exubérantes et trouvèrent des « spirilles » dans toutes les pièces examinées. Dans une seconde série qui porte sur 25 cas, ils examinèrent parallèlement des végétations en pleine prolifération et des végétations flétries. L'examen de frottis faits avant l'excision et l'examen des coupes concordent et montrent : qu'il n'y a jamais de « spirilles » dans les végétations flétries ; qu'il y en a toujours en abondance dans les végétations florides. Se séparant de Loevenberg qui, d'une série analogue de recherches, avait conclu qu'on ne trouvait de « spirilles » que dans les végétations des sujets mal tenus, ces auteurs affirment que seul le stade de la lésion importe et non l'état de la région. Ils comparent leur méthode à celle d'imprégnation à l'argent avec laquelle on voit « à côté de spirilles bien imprégnés... d'autres qui semblent subir pour la plupart une tréponémolyse. Ils se réduisent en effet à une série de granulations mal définies ».

Dans une note publiée une semaine plus tard ces mêmes auteurs précisent la morphologie et la signification de ces « spirilles ». Ils estiment qu'à côté de *Spirochæta refringens* il faudrait faire une place à *T. calligyrum* de Noguchi. Puis, ils comparent cette flore des végétations vénériennes à celle qu'ils ont examinée dans des préparations de pemphigus végétant, de lymphangiome papillomateux, de stomatite ulcéro-membraneuse, de condylomes plats syphilitiques et de cancer du pénis. Et ils concluent : « Entre les spirilles de ces diverses lésions et ceux des végétations vénériennes, il y a des différences très appréciables ». « En aucun cas nous n'avons retrouvé, en dehors des végétations vénériennes, ni la même association spirillaire, ni la même distribution intracellulaire des parasites, ni leur même prodigieuse abondance ».

Un peu plus tard, Fontana et Sangiorgi ont essayé de préciser les caractères de cette flore microbienne. Ils ont observé trois types de spirochètes qui se rapprochent, par leur morphologie, soit de *Spirochæta refringens*, soit de *Treponema pallidum*.

Guérin fait porter ses recherches sur 20 cas de végétations génitales ou anales. Recherchant la fréquence des spirochètes il arrive à ces résultats : *a)* par l'examen sur fond noir : sur 18 cas, 9 ont été positifs (5 très abondants, 3 assez abondants, 1 rare) ; *b)* par la technique de Fontana : sur 18 cas, 11 furent positifs (4 très abondants, 5 assez abondants, 2 rares) ;

c) par la technique de Manouélian : sur 13 pièces, 11 furent positifs (4 très abondants, 4 assez abondants, 3 rares) ; *d)* par la technique de Civatte : sur 12 pièces, 7 cas furent positifs (3 très abondants, 2 assez abondants, 2 rares).

P. Séguin et P. Logeais, notant la grande analogie que présentent les papillomes avec les végétations génitales, ont recherché la présence de spirochètes dans les tumeurs laryngées. Dans leurs trois observations, ils notent cette présence. P. Séguin et M. Guérin, dans une note présentée à la Société de Biologie en 1926, donnent le résultat d'imprégnation de papillomes ano-génitaux par la technique de Manouélian. Ils constatent encore la présence de spirochètes.

C. *Recherches personnelles.* — Ces deux théories principales mettant en cause soit un virus filtrant, soit un spirochète, sont peut-être conciliables.

Si on se rapporte aux travaux de notre Maître Clément Simon et de son élève Mollinedo, on voit que ces auteurs ont noté la présence de granules spirochétogènes dans les gommes, là où l'on met très difficilement en évidence des spirochètes. Ces auteurs ont noté la présence de ce même granule « dans les adénites primaires syphilitiques avant l'apparition des formes typiques spiralées et après la disparition de celles-ci ». Ces granules spirochétogènes sont, pour eux, des formes de résistance des spirochètes. Là où, autrefois, on niait la présence de spirochètes, on l'admet aujourd'hui sous cette forme qui était restée inaperçue avec les colorations et les techniques de recherches habituelles.

On est donc tenté de rapprocher : d'une part les formes jeunes, ou en pleine évolution, de papillomes, et les formes jeunes de lésions syphilitiques par exemple (chancre, plaques muqueuses) où, dans les deux cas on voit fourmiller, là des spirochètes, ici des tréponèmes ; d'autre part, les vieux papillomes qui se flétrissent et les gommes syphilitiques dans lesquels on ne trouve plus de spirochètes ni de tréponèmes. Puisqu'on a trouvé, dans les gommes, des formes évolutives du tréponème — des granules spirochétogènes — comment ne pas penser à chercher cette même forme de résistance dans les vieilles végétations d'où les spirochètes ont disparu ? Les spirochètes se voient seulement dans les végétations macérées, là où l'humidité favorise la multiplication de cette flore microbienne ; si c'est cette macération qui favorise le développement des spirochètes dits « saprophytes », pourquoi ne trouve-t-on ces derniers que dans les formes jeunes de végétations et non plus dans celles en voie de dégénérescence, pourtant tout aussi humides ? Il nous a donc semblé intéressant de rechercher là la présence de granules.

Ce qui a empêché les différents auteurs de conclure à l'action déterminante de spirochètes, dans la formation des papillomes, est que leur présence n'était pas constante. La constatation de la présence de granules, lorsque les spirochètes font défaut, permettrait de lever cette objection. Nous avons prélevé des papillomes génitaux aux ciseaux sans avoir appliqué

d'antiseptiques, préalablement, sur ces formations. Nous les avons aussitôt fixés dans une solution de formol-alcool ; puis nous avons imprégné à l'argent ces tumeurs selon la méthode de Bertarelli et Volpino.

D'autre part, nous avons prélevé de la même façon des fragments de tumeurs. Nous les avons aussitôt broyés dans un mortier stérile avec une petite quantité de sérum physiologique.

Après fixation des frottis humides aux vapeurs d'acide osmique à 2 o/o, nous avons coloré nos lames selon la technique de Séguin décrite par Mollinedo. Avec chaque broyat nous avons fait plusieurs frottis en faisant des dilutions croissantes. La préparation, bien séchée, est recouverte d'une lamelle lutée au baume neutre. Les spirochètes et les granules sont colorés en noir profond.

Sur les 9 cas que nous avons étudiés nous avons toujours trouvé des spirochètes ou des spirilles, le plus souvent plusieurs variétés étaient associées : 5 fois *Fusocillus Schmaminei*, 4 fois *Fusiformis fusiformis* Vincent, 1 fois *Borrelia phagedenis*, 6 fois *Treponema calligyrum*. Dans 2 cas nous avons vu, en même temps que *Treponema calligyrum*, les granules spirochétogènes de ces organismes. Dans 2 cas nous avons pu noter la coexistence de verrues vulgaires des mains dont l'apparition eut lieu quelques semaines à quelques mois avant celle des végétations. Si la notion de contagion vénérienne a été peu évidente nous n'en tiendrons cependant pas grand compte car le plus souvent le ou les partenaires n'ont pu être examinés.

Conclusion.

Que conclure de tous ces faits, de tous ces avis, quant à l'étiologie des végétations vénériennes ? Il semble bien certain que ces végétations et les verrues sont des néoformations sœurs dues à un même virus filtrant qui se manifeste par la formation d'un papillome sur les muqueuses et sur les régions où le revêtement cutané est mince (visage, régions ano-génitales), par la formation de verrues ailleurs (mains, pieds).

Les nombreuses observations citées plus haut notant cette parenté et cette coexistence sont tout à fait démonstratives. D'autre part, on leur oppose très souvent la même thérapeutique. Enfin, leur mode de transmission lui-même est tout à fait en faveur de leur étroite parenté : c'est le contact d'une peau ou d'une muqueuse altérée ou érodée avec un élément préexistant qui assure cette transmission qui ne sera assurée que si l'individu est « réceptif ». On note en effet que certains individus peuvent avoir des contacts avec des porteurs de verrues ou de végétations sans jamais en présenter eux-mêmes ; d'autres, au contraire, sont d'une extrême sensibilité vis-à-vis de ces tumeurs. Les spirochètes se développent secondairement en plus ou moins grande abondance dans ces tumeurs. Ces micro-organismes, dans les formes florides, apparaîtraient nettement ; dans les formes en voie de dégénérescence (papillomes anciens) ou de kératose (papillomes de la peau

sèche), ils se cacheraient sous forme d'un granule spirochétogène, les conditions de vie devenant moins favorables. On ne pourrait leur attribuer un rôle déterminant dans la formation de ces tumeurs qui si leur présence était toujours observée tant dans les verrues que dans les papillomes. Puisque les granules spirochétogènes — certains tout au moins — traversent les filtres, les deux théories ne sont pas inconciliables. Jusqu'à présent il ne semble pas que l'on ait réussi à les mettre en évidence dans les verrues. Les perfectionnements des méthodes de recherche nous conduiront peut-être à une solution définitive de ce difficile problème.

Traitement.

A. *Local.* — La poudre de sabine, autrefois préconisée, semble avoir perdu tout crédit.

Touraine a rapporté les observations de très bons résultats obtenus en faisant une seule application, pendant 6 heures, d'un mélange d'une partie de résine de podophyllin dans trois parties d'huile minérale. Il faut avoir soin de protéger les parties voisines, de savonner et de poudrer après l'application. Ces résultats ont été confirmés peu après par L. S. Michel.

P. Bourg et P. Dustin préconisent l'application pendant plusieurs semaines de lanoline contenant 1/2 0/00 de colchicine.

Le plus souvent on a recours à la diathermo-coagulation unipolaire après anesthésie locale ou même générale, suivie d'un poudrage sulfamidé. Il faut aussi avoir soin d'électro-coaguler soigneusement chaque élément et de rechercher les plus petits d'entre eux. On emploie aussi la galvano-cautérisation pour la destruction de ces éléments. Dans les formes très étendues, on doit avoir recours à la chirurgie car l'électro-coagulation produirait des plaies qui entraîneraient un long délai de cicatrisation. Enfin une méthode élégante consiste à glacer les petits papillomes sous un jet de kélène et à les faire tomber avec un petit coup de curette. Les récidives ne sont pas rares. Elles sont faciles à expliquer si l'on tient compte de la longue incubation de ces néoformations.

Enfin Cottenot conseille, en cas d'échec de ces procédés, de faire des irradiations de rayons X à la dose moyenne de 1.200 r filtrés sur 3 à 4 millimètres d'aluminium.

B. *Général.* — Il a quelques partisans qui, selon la méthode de Delbet, font ingérer au patient des sels de magnésium. Ce procédé ne semble pas avoir beaucoup plus d'adeptes parmi les dermatologistes que les recettes provençales et quelques autres dont nous parlait récemment J. Delbos dans cette même revue.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY (C.). — Les papillomes génitaux ne sont pas une maladie vénérienne. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, juin 1932, pp. 739-740.

BALO (J.) et KORPASSY (Bela). — Warzen, Papillome und Krebs (Des institues für path.

anatomie und patho-histologie der kgl. ung. ›Franz Joseph. Universitate Szeged. Ungarn). *Acta litterarum æ scientiærum reg. Universitatis Hung. Francisco-Josephinæ*, Sectio Medicorum, Leipzig, t. **7**, 1936.
Bargues (A.-B.). — Contribution à l'étude du papillome. Étude étiologique. *Thèse Méd. Bordeaux*, 1900-1901.
Bertin, Huriez (Cl.), Leborgne. — Phimosis mécanique et perforation du prépuce par végétations vénériennes (*Société Médecine du Nord*, séance du 24 septembre 1943. *In Presse Médicale*, n° 4, 19 novembre 1944, p. 59.
Bourg (R.) et Justin (P.). — Le traitement des papillomes vulvaires par l'application locale de colchicine. *Presse Médicale*, n° 43 du 27 octobre 1945.
Bralez (Jean). — *Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. **7**, 1936, p. 273.
Caquille. — Traitement des végétations par l'acide phénique. *Thèse méd. Paris*, 1899-1900.
Cronquist (Carl). — *Ueber die Ætiologie und Pathogenese der spitze Condylome. Dissertation.* Malmo, 1912. Georg. Cronquist, Bokhandel, 1936 p., 3 fol., 8e.
Decoster. — Du traitement des végétations chez la femme enceinte. *Thèse méd. Paris*, 1887.
Derville (L.). — Végétations vulvaires volumineuses chez une jeune fille de 13 ans : traitement par l'acide phénique pur. *J. Soc. Méd. de Lille*, t. **1**, 1893, pp. 436-440.
Dracoulidès (P.-P.). — La contagoisité des végétations vénériennes ; une localisation rare sur la bouche. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, n° 4, avril 1938, séance du 7 avril 1938.
Dreyer. — *Deutsch. Med. Wochenschrift*, n° 18, 1907.
Escartefigue. — Les végétations vénériennes. *Arch. de Méd. et Pharmacies Navales*, n° 2, avril-mai-juin 1932.
Favre. — Article Végétations in *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée Dermatologie*, t. **21**, 1923, p. 324.
Favre et Civatte. — Les spirilles des végétations vénériennes. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie.* Séance du 17 mai 1919, t. **82**, p. 506.
Favre et Civatte. — La morphologie et la signification des spirilles des végétations vénériennes. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie.* Séance du 17 mai 1919, t. **82**, p. 506.
Gougerot et Carteaud. — Végétations vénériennes du filet lingual. *Société de Dermatologie.* Séance du 14 février 1946.
Gouin (J.). — Article Condylomes acuminés *in Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. **8**, 1936, p. 287.
Guérin (Al.). — Maladies des organes génitaux de la femme. *Leçon professée à l'hôpital de Lourcine*, Paris, 22e leçon, 1864, pp. 375 à 382.
Guérin (Maurice). — Contribution à l'étude étiologique de l'acanthome infectieux. *Thèse méd. Paris*, 1926.
Hecht. — Untersuchungen über den Zusammenbrang zwischen spitzen Kondylom und Spirochoetten. *Arch. für Dermat. und Syphilis*, t. **90**, 1908, pp. 66-67.
Hudelo et Lefèvre (P.). — Unique végétation vénérienne du gland ayant simulé à son début un accident primitif. *Soc. de Derm. et de Syph.* Séance du 11 février 1943. *In : Ann. de Derm. et Syph.*, nos 3-4, mars-avril 1943, pp. 82-83.
Jamin. — Papillomes de la muqueuse buccale. *Ann. des mal. vén. Paris*, t. **15**, 1920, p. 323.
Juliusberg. — Spirochelten beim spitzen Condylom. *Arch. für. Derm. und Syph. Wien und Leipzig*, t. **84**, 1907, pp. 319-322.
Lafourcade (L.). — Le papillome infectieux du lapin. *Revue Franç. de Derm. et Vén.*, nos 9-10, septembre-octobre 1943, p. 443.
Lefer. — Contribution à l'étude des végétations chez la femme enceinte. *Thèse méd. Paris*, 1899.
L'Hirondel. — Végétations : traitement par l'électrolyse négative. *Thèse méd. Paris*, 1911-1912.
Lévy-Bing et Gerbay. — Un cas de papillomes de la muqueuse buccale. *Ann. des mal. vén.*, n° 10, octobre 1919.
Lombardo (C.). — Sulla demostrazione di spirocheti nei condylomi acuminati. *Giorn. ital. de mal. ven. e de pelle.* Milano, **64**, 1923, pp. 715-719.
Michel (L. S.). — *Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1946.
Mollinedo (R.). — Essai sur le cycle évolutif des spirochètes. *Thèse de Sciences, Paris*, 1941.
Nicolas et Favre. — Balanites spirillaires primitives et végétations génitales. *C. R. Soc. de Biol.* Séance du 8 novembre 1919, t. **82**, p. 1133.
Nicolas et Rousset. — Très volumineux papillomes vénériens vulvaires et péri-vul-

vaires. Réunion derm. de Lyon. Séance du 16 janvier 1936, *in Bull. Soc. de Derm. et Syph.*, n° 3, mars 1936, pp. 553-555.

RAOUL (R.). — Des papillomes du larynx et leur traitement. *Thèse méd. Paris*, 1924-1925.

RAVAUT (P.) et FERRAND (M.). — Article : Végétations ou papillomes simples. *In Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. **4**, 1936, pp. 249-258.

ROCHER (L.). — Volumineux papillome anal chez un enfant de 13 ans. *J. de Méd. de Bordeaux*, t. **33**, 1903, p. 852.

ROUSSY et WOLF. — Le cancer, *in Traité de Médecine*. Collect. Widal-Teissier, t. **5**, 1922.

RUDLOFF (J.). — Contribution à l'étude étiologique des végétations vénériennes *Thèse médecine* Paris, 1945.

SANCHIS BAYARRI (R.), GONZALEZ MEDINA (J.), FORTEZA BOVER (Valence). — Expérimentation sur l'étiologie des papillomes. *Congrès Derm. intern. de Budapest*, t. **2**, 1935, p. 244.

SÉGUIN et GUÉRIN (M.). — L'infection profonde de végétations génitales par les spirochètes. Une hypothèse sur le rôle de ces organismes. *C. R. des séances de la Société de Biol.*, séance du 12 juin 1926, t. **95**, p. 69.

SÉGUIN et LOGEAIS. — Spirochètes dans les papillomes végétants du larynx. *C. R. des séances de la Société de Biol.*, séance du 8 mai 1926, t. **94**, p. 1189.

SEINER (K.). — Zweijahriges kind mit spitzen kondylomen. *Mitt. d. Gesselsch. f. Inn. Med. u. Kindern, in Wien*, t. **11**, 1912, p. 3.

SÉZARY (A.) et MOLLINEDO (R.). — Microbiologie de la syphilis. *Encycl. Méd. Chirurgic.*, 1944, 3003.

SHOEMAKER (E.). — Papilloma of the vulva in a child. *Ann. Surg. Phila.*, t. **37**, 1903, p. 951.

SIMON (Cl.) et GASTINEL (P.). — Un cas de papillome de la muqueuse buccale. *Ann. de Derm. et Syph. Paris*, t. **7**, 1918-1911, p. 77.

SIMON (Cl.) et MOLLINEDO (R.). — Présence dans les adénites primaires syphilitiques de formes minuscules du tréponème pâle, munies d'un filament terminal ; présence constatée avant l'apparition des formes typiques spiralées et après la disparition de celles-ci. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, 1937, pp. 2046-2049.

SIMON (Cl.) et MOLLINEDO (R.). — Diagnostic de la syphilis par la recherche du « granule spirochétogène ». *Presse Médicale*, **46**, 1940, pp. 513-516.

SIMON (Cl.) et MOLLINEDO (R.). — Présence de granules spirochétogènes dans les gommes syphilitiques. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, t. **47**, 1941, pp. 202-204.

SMITH (R.-R.). — A case of condylomata acuminata in a infant. *Ann. gyn. Balt.*, t. **3**, 1903, pp. 515-517.

TOURAINE (A.). — *Société de Dermatologie*. Séance du 11 juillet 1946.

TOURAINE (A.). — Traitement des végétations vénériennes par la podophylline. *Société de Dermatologie*. Séance du 14 juin 1945.

THOREL (L.). — Article : Organes génitaux de l'homme, *in Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. **8**, 1936, pp. 233-234.

ULLMANN (E.-V.). — Aetiologie und Pathologie des Larynx papilloms. *Zeitschr. f. Hals-Nasen-u. Ohrenheitk.*, fasc. 3, septembre 1923.

WINTERNITZ, SMITH and MAC NAMARA. — Effect of Intra-bronchial Insufflation of Acid. *J. Exp. Med.*, **32**, août 1920.

TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX PAR INJECTIONS LOCALES DE VITAMINE D_2

Par TAGE JENSEN,
Chef de clinique la consultation externe de l'hôpital Rudolph Bergh (Copenhague).

Les relations scientifiques ayant été interrompues pendant la dernière guerre ce n'est qu'après les hostilités que nous fûmes mis au courant, en Scandinavie, des grands progrès réalisés par la Dermatologie française dans le traitement du lupus.

Donnant suite aux faits, bien établis, relatifs à l'action de la lumière ultra-violette dans le traitement des tuberculoses cutanées, faits corroborés par de peu nombreux mais très valables travaux sur les effets biochimiques des ultra-violets (effets que l'on peut attribuer à la production de la vitamine D_2), M. Charpy, par le seul fait de sa découverte, révolutionna complètement les techniques classiques du traitement du lupus par irradiations locales (Finsen).

On aurait pu s'attendre à ce qu'un chercheur danois mit au point cette découverte, simple et géniale, du traitement du lupus par la vitamine D_2 puisqu'en quelque sorte cette méthode de traitement par « concentrés de soleil en ampoules » ne fait que procéder des découvertes classiques de Finsen du traitement par irradiations. D'après l'expérience acquise des traitements récents par la vitamine D_2, il nous semble bien qu'à l'avenir le traitement local par irradiations (au Finsen), jusqu'à présent traitement classique, ne soit plus destiné qu'à jouer un rôle secondaire et seulement dans les cas où le traitement par vitamine D_2 se sera révélé insuffisant.

A l'hôpital Rudolh Bergh, nous avons immédiatement entrepris cette nouvelle méthode de traitement et, lors d'une conférence à la Société Danoise de Dermatologie, en octobre 1946, il nous a été donné de présenter le premier cas de lupus tuberculeux étendu, traité et guéri cliniquement et histologiquement au Danemark par fortes doses de vitamine D_2 *per os*.

Nous ne saurions nous dissimuler que toute une série de recherches extrêmement ardues demeurent à entreprendre en vue de démontrer le mécanisme intime, l'action thérapeutique véritablement miraculeuse du calciférol contre le lupus. Le traitement du lupus par le calciférol est encore loin d'être au point et il est assez probable que la technique préconisée par M. Charpy, d'ingestion *per os* de fortes doses de vitamine D_2, ne représente encore qu'une méthode provisoire.

Cette méthode comporte d'ailleurs quelques inconvénients : intolérances

et parfois véritables phénomènes d'intoxication ; d'autre part, cette méthode *per os* n'apporte pas toujours la guérison totale, même cliniquement. Il semble donc, par conséquent, judicieux de tenter de rendre ce traitement par vitamine D_2 dès à présent plus efficace et en même temps de remédier à certains de ses inconvénients et lacunes. Tel est le but de ce travail. Nous désirons présenter au corps médical les résultats que nous avons obtenus par la technique personnelle que nous préconisons. Nous devons, au préalable, avouer que nous ne possédons point la connaissance exacte du mécanisme intime de l'action thérapeutique de la vitamine D_2 contre le lupus. Il a donc été assez normal qu'à titre expérimental nous entreprenions d'injecter localement, dans le tissu tuberculeux même, une solution concentrée de vitamine D_2 afin de nous rendre compte s'il nous serait possible d'obtenir par cette méthode directe une régression de la lésion, une cicatrisation et une régénération des tissus sains. Nous donnons ci-dessous le compte rendu de nos deux expériences.

Technique. — Le traitement consista en injections de vitamine D_2 directement dans le tissu tuberculeux. A cet effet fut utilisé un produit fourni par S. A. « Ferrosan », de Copenhague, dénommé « Ultranol fortior ». Ce produit composé de vitamine D_2 chimiquement pure, en solution d'huile d'arachide (1 cm³ contenant 300.000 U. représente 7 mg. 5 de vitamine D_2). Ultérieurement nous avons utilisé une concentration plus forte : « Ultranol conc. » contenant 900.000 U. = 22 mg. 5 de vitamine D_2 par centimètre cube afin d'obtenir une concentration de la vitamine D_2 plus forte à l'endroit même de l'injection (utilisant ainsi moins de solvant). Cette technique s'est démontrée préférable pour les points où la peau est fortement adhérente au tissu sous-jacent, par exemple aux ailes du nez, et dans le traitement des nodules enrobés, cloisonnés, dans un tissu cicatriciel fibreux où l'injection sous-cutanée et intradermique devient particulièrement douloureuse.

Nous avons pratiqué des injections intra-cutanées et parfois sous-cutanées en employant une aiguille extra-fine, en poussant si possible le véhicule huileux de vitamine D_2 dans le nodule de lupus lui-même.

Observation I. — Mme de N..., âgée de 36 ans, entrait en traitement le 30 novembre 1946 à la clinique de l'hôpital Rudolph Bergh, atteinte d'un lupus tuberculeux localisé au nez. Le début de l'affection remontait à 1941 et avait été traité périodiquement par irradiations locales et générales (lumière de Finsen). Le dernier traitement par irradiations avait été donné en octobre 1946 (Pr Sv. Lomholt). Lors du premier examen de la malade à la Clinique, il fut repéré chez celle-ci sept nodules distincts de lupus (grandeur d'une petite et d'une grosse tête d'épingle) dans le derme de l'extrémité du nez et sur le rebord des narines. L'extrémité du nez était rougeâtre, un peu gonflée, mais sans desquamation, ni ulcérations, ni perte de substance. Pas de lésions caractéristiques de lupus des muqueuses du nez ou du larynx.

Traitement. — Du 30 novembre 1946 au 8 février 1947, il fut injecté à cette malade en tout 1 cm³ 70 de « Ultranol fortior » (12 mgr. 75 de vitamine D_2), la dose des injections successives variant de 0 cm³ 05 à 0 cm³ 03, réparties en 7 séances à 10 jours d'intervalle. Après un traitement de 9 semaines nous eûmes l'impression

que les nodules commençaient à s'effacer, mais on pouvait cependant encore les sentir assez distinctement. Quinze jours plus tard survenait une réaction violente. d'inflammation très vive, de tout l'appendice nasal et surtout de son extrémité. Cependant, après dix jours environ que dura cette réaction, tout rentrait dans l'ordre et les nodules de lupus devenaient difficiles à apprécier dans l'épaisseur du derme. La peau était encore irritée. Dix jours plus tard fut injecté o cm³ 04 de cet Ultranol concentré. Sept semaines plus tard, la peau du nez avait retrouvé sa couleur pâle naturelle et le derme ne révélait plus aucune formation nodulaire appréciable.

Observation II. — Mme C..., 62 ans, soumise au traitement le 3 décembre 1946 à la Clinique de l'hôpital Rudolph Bergh, se montrait atteinte d'un lupus tuberculeux de la face et nous disait souffrir de cette affection depuis l'enfance, à l'âge d'un an. En 1900, elle fut soumise à un traitement de l'Institut Finsen.

A ce moment, le lupus était étendu au visage et à la face antérieure du cou, ainsi qu'au tiers supérieur de la poitrine. Depuis onze ans cette malade était traitée par irradiations locales et générales (Finsen) et rayons X. Après avoir obtenu une amélioration considérable de son état, la malade a interrompu son traitement. Pendant ces années d'interruption, le lupus a recommencé à s'étendre lentement. Lorsque cette malade se présenta pour la première fois à l'hôpital Rudolph Bergh, en 1946, nous avons observé chez celle-ci des lésions de lupus qui s'étendaient à toute la moitié droite du visage, des rebords orbitaires jusqu'aux rebords maxillaires, ainsi qu'au côté droit du nez, la peau étant en ces endroits très amincie, desquamante et de couleur rouge foncé; ce territoire était bordé de nodules typiques et ces nodules, en formations serrées pavimenteuses, limitaient extérieurement la lésion. Au centre de ces lésions on pouvait observer de nombreux nodules typiques et en outre plusieurs surfaces anfractueuses, fibreuses, de tissu cicatriciel entremêlées de grands nodules transparents de lupus. A la poitrine, au cou et sur l'hémi-face gauche la peau demeurait lisse, adhérente et ferme, pâle et sans nodules appréciables.

Traitement. — Du 3 décembre 1946 au 25 février 1947, il fut injecté en tout 78 mgr. 5 de vitamine D_2. Lors des deux premiers traitements, il fut injecté chaque fois 15 milligrammes de Calciférol (Ultranol fortior) répartis sur plusieurs points de la joue droite. L'intervalle entre les traitements était de dix jours; puis la malade fut soumise régulièrement à deux traitements par semaine par injections d'environ 3 mgr. 5 de Calciférol (o cm³ 5 Ultranol fortior par séance). Après cinq semaines de ce traitement, il ne fut observé aucune amélioration notable. Mais, tout à coup, survint une réaction violente et une inflammation de toute la partie traitée (la joue droite) dont la peau tourna au rouge vif avec infiltration d'œdème en même temps que cette réaction s'étendait jusqu'aux paupières, auparavant indemnes de toute infection. Après une semaine que dura cette violente inflammation, tous les symptômes disparurent et, après une autre semaine, une amélioration très sensible de l'état de la lésion pouvait être observée.

En palpant la plaque de lupus, on s'apercevait que celle-ci était devenue molle et de couleur rose, sa surface unie et non desquamante, cependant que les nodules auparavent si nombreux et si importants avaient à peu près tous disparu. Cependant que le nez, non traité encore, gardait tous les caractères du lupus, sans changement. Pendant le traitement suivant, du 25 février au 22 avril 1947, il fut injecté de l'Ultranol conc. Au cours de sept séances, furent injectés de o cm³ 1 à o cm³ 5 de ce produit, réparti dans les deux parties suspectes de la joue droite et de l'aile droite du nez. Après quelque temps de ce traitement du nez, la même réaction d'inflammation passagère fut observée suivie d'une nette amélioration de la lésion.

Le 22 février 1947, le traitement et l'amélioration de cette malade étaient parvenus au point qu'aucun nodule de lupus n'était plus appréciable sur toute l'étendue de l'ancienne lésion; la peau continuait à présenter un certain degré d'inflammation, ainsi que le nez et la joue droite, et une légère desquamation de la narine droite.

Étude de ces deux cas et conclusion.

Dans ces deux cas l'effet thérapeutique obtenu a été très remarquable. La guérison clinique qui fut obtenue (voir observation I) ne peut être attribuée qu'à l'injection de calciférol (en doses peu importantes, en tout 13 mg. 20), directement dans le tissu lésé. *Cette quantité minime, d'après nos connaissances actuelles, n'aurait pas été suffisante, si elle avait été absorbée* per os, *pour obtenir une guérison clinique.* L'amélioration considérable qui a été observée chez un autre sujet (observation II), où la malade fut traitée par 128 milligrammes de calciférol en 4 mois 1/2, pourrait peut-être s'expliquer par l'action conjointe d'une réaction humorale générale ; mais, contre cette dernière interprétation de guérison par action humorale générale, nous devons noter le fait que, chez la même malade, les lésions localisées au nez, non traitées localement, ne nous montraient cependant aucune tendance à l'amélioration.

Ces lésions commencèrent au contraire à guérir du moment où nous les eûmes soumises au traitement local.

Le traitement local ne fut accompagné d'aucun inconvénient spécial sauf les douleurs pendant l'injection. A l'usage, ce produit concentré de vitamine D_2 s'est révélé peu douloureux. La voie choisie était, tour à tour et selon le cas, intradermique ou sous-cutanée selon la possibilité d'attaquer le nodule de lupus lui-même à l'aiguille. Il est remarquable que l'amélioration de ces deux cas de lupus ait été précédée de symptômes d'inflammation assez violents. Il convient donc de considérer ces réactions comme préalables à l'amélioration observée. Ces réactions pourraient d'ailleurs être interprétées comme les réactions allergiques locales déclenchées par l'effet bactéricide possible de la vitamine D_2.

Ayant démontré l'effet de notre traitement par le calciférol local sur les lésions de lupus tuberculeux nous pensons : 1° avoir ouvert une voie nouvelle aux recherches ultérieures qui auront pour but de démontrer le mécanisme de l'action de la vitamine D_2 sur les lésions tuberculeuses cutanées ; 2° avoir découvert et appliqué une méthode locale thérapeutique pratique par vitamine D_2 qui a l'avantage, à notre sens, de ne présenter aucun danger et qui se révélera, nous l'espérons, par la suite, plus active et somme toute préférable à celle qui a été préconisée (*per os*) par **M. Charpy.**

CAS DE SYPHILIS RÉCENTE SANS SIGNES CLINIQUES, DÉCOUVERTS PAR L'EXAMEN SÉROLOGIQUE

Par Jules DESNEUX,
Médecin-Directeur du Service de prophylaxie antivénérienne
de la Ville de Bruxelles.

(Communication au Congrès de Londres, juillet 1946).

L'instauration à Bruxelles, en juin 1940, d'un Service de contrôle médical des prostituées, avec examen humoral répété tous les deux mois, a permis des observations intéressantes sur les tout premiers stades de la syphilis acquise chez la femme. De juin 1940 à janvier 1946 le Dispensaire principal de la Ville de Bruxelles a eu en observation et traitement 565 cas de syphilis féminine, dont 249 d'âges divers reconnus antérieurement à la première visite chez nous, et 316 de date récente diagnostiqués par nos médecins.

Ces 316 cas comprenaient : 62 syphilis primaires, 84 syphilis secondaires, 170 syphilis humorales sans signe clinique décelable.

Les examens sérologiques étaient pratiqués avec le plus grand soin et chaque échantillon de sang soumis simultanément aux 3 épreuves : Wassermann, Kahn, Meinicke. Toutes les exigences requises pour autoriser un diagnostic formel de syphilis sur des bases sérologiques exclusives étaient observées (répétition des analyses, concordance, etc.).

La notion de syphilis *récente* était établie sur les séries d'examens sérologiques bimestriels s'étendant dans certains cas sur une période de plus de 3 ans (18 à 20 réactions négatives) permettant d'assister à l'éclosion des réactions.

Dans ces conditions, il a été observé que dans plus de 50 o/o des cas l'examen clinique le plus minutieux ne permettait pas de déceler l'accident primitif chez la femme contaminée au cours de rapports sexuels.

RECUEIL DE FAITS

QUELQUES OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ PAZMANY PETER A BUDAPEST

Réunies par le Professeur FRANCIS FÖLDVARI (1)

I. — *Syphilides papulo-croûteuses de même type chez le mari et la femme,*

par le Professeur F. FÖLDVARI.

Un *homme* âgé de 41 ans est atteint d'une ulcération à la verge au mois d'août 1946. Il est alors traité, pendant deux mois, par 15 injections de



FIG. 1. — Syphilides papulo-croûteuses de la face antérieure de la cuisse (FÖLDVARI).

(1) Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* sont heureuses de publier ces quelques intéressantes observations que le Pr Földvari, de Budapest, nous a adressées et, par ce fait, de renouer les agréables relations qui unissent les écoles dermatologiques hongroise et française.

bismuth et 15 piqûres de salvarsan. Les manifestations cutanées actuelles commencent à apparaître très peu de temps après le premier traitement. L'examen montre des infiltrations isolées et des plaques circinées, dont certaines entrent en confluence. Les infiltrations sont, en majorité, couvertes de squames blanches et épaisses (fig. 1 et 2) ; plusieurs d'entre elles sont devenues, plus tard, en partie ulcéreuses. Il se marie en 1946 ; mais sa femme n'est jamais devenue enceinte de lui.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont fortement positives. L'examen histologique montre un épiderme modérément épaissi, par places œdémateux et parakératosique. La couche papillaire est œdémateuse, les



Fig. 2. — Syphilides papulo-croûteuses de la face postérieure de l'avant-bras. (Földvari).

capillaires sont dilatés. Autour des capillaires et des follicules se trouve un infiltrat dense, s'étendant profondément vers le chorion et se composant en majeure partie de plasmocytes et de lymphocytes (fig. 3).

La *femme* du malade est âgée de 23 ans. Elle ne se souvient pas d'une contamination syphilitique. Cependant, elle reçoit le même traitement. L'éruption, chez elle, est absolument semblable à celle de son mari et a commencé en même temps que chez lui. D'un premier mariage, elle a eu trois grossesses. La première s'est terminée par un accouchement prématuré de six mois ; la deuxième a été jusqu'à terme, mais l'enfant est mort le deuxième jour de sa vie ; la troisième, enfin, a donné naissance à un enfant en apparence sain. Au dire de la femme, il est vraisemblable que son premier mari a été atteint de syphilis.

Les réactions de Bordet-Wassermann, etc., sont fortement positives chez les deux malades. L'intérêt de ce cas réside dans le fait que le même type de syphilis cutanée s'est développé chez les deux époux.



Fig. 3. — Syphilide papulo-croûteuse (Földvari).

II. — *Endothéliome de la peau,*

par le Dr Louis Szodoray.

Jeune fille de 18 ans. A 4 ans, chute d'un toit et contusion de la région mammaire et claviculaire gauche. A la suite de ce traumatisme, de petits nodules du volume d'un pois se sont développés au lieu même des contusions. Ces petites tumeurs, livides, se cicatrisèrent lentement en quelques mois, sans aucun traitement ; à leur bordure, de nouveaux se développè-

rent (fig. 4). La réaction de Wassermann est négative. Lésions discrètes de tuberculose au sommet du poumon droit.



Fig. 4. — Endothéliome de la peau (L. Szodoray).

Examen histologique (fig. 5). — Dans le derme, on voit des amas cellulaires, en disposition alvéolaire, composés de cellules fusiformes, plates, noyaux hyperchromiques. Des fibrilles argentophiles pénétraient en quelquelques places parmi les cellules tumorales. Au voisinage de ces amas on trouve des capillaires énormément dilatés et même des lymphangiectasies, également disposées en groupes. A la périphérie de ces bourgeons héman-

gioblastiques, on peut constater des hémorragies et des infiltrats minces composés de cellules à type lymphocytaire.

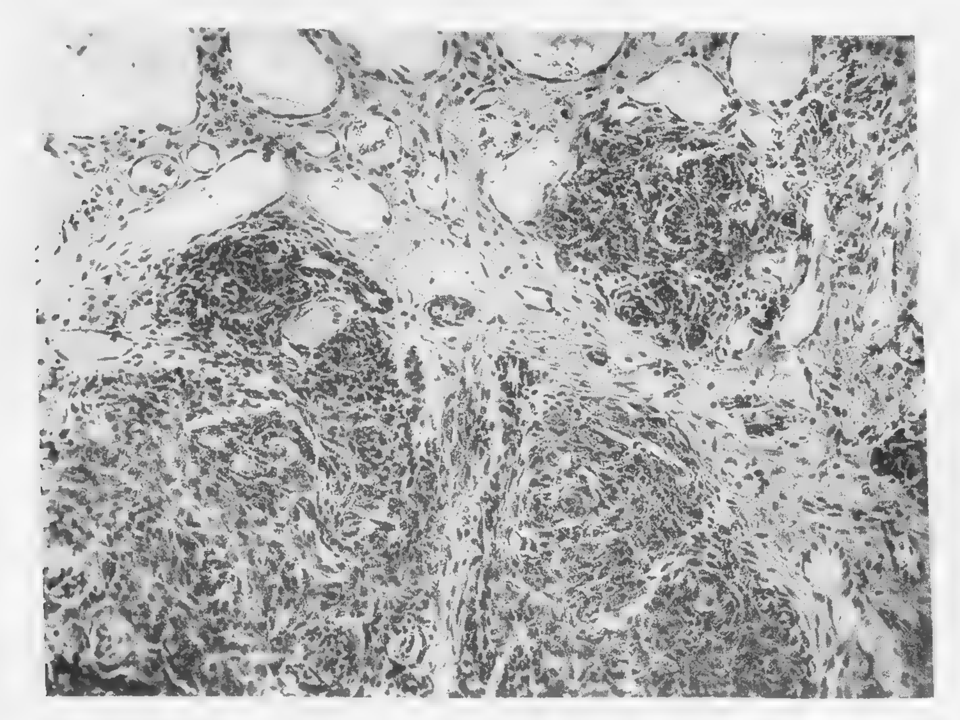


FIG. 5 — Endothéliome de la peau (L. SZODORAY).

III. — *Épidermolyse bulleuse dystrophique,*

par le Dr THOROCZKAY.

Jeune fille âgée de 17 ans. Aucune manifestation semblable dans sa famille. Elle est peu développée, avec des signes d'infantilisme. Depuis sa naissance on voit surgir des bulles (fig. 6) au lieu même de traumatismes relativement légers, surtout aux extrémités, mais aussi en quelques points du tronc et même sur les muqueuses. Les érosions consécutives ne guérissent qu'en laissant des tache atrophiques et des cicatrices quelquefois pigmentées. A ces symptômes s'associent des groupes de milium sur les mains. Depuis la naissance, les ongles des doigts des pieds et des mains sont absents ; à l'extrémité des doigts se forment de temps à autre des amas hyperkératosiques qui se détachent de nouveau. Depuis l'âge de 5 ans, les doigts contractent des adhérences en croissant, d'abord sur la surface palmaire, plus tard sur la surface dorsale. A 7 ans, lors de sa première

admission à la Clinique, la syndactylie s'était étendue aux deuxièmes phalanges et entraînait une immobilisation en flexion. Aujourd'hui, la réu-



Fig. 6. — Épidermolyse bulleuse dystrophique (Thoroczkay).

nion des doigts est complète et leurs extrémités sont fixées au milieu de la paume. (fig. 7 et 8). En 1937, nous avons eu l'occasion d'observer des plaques érosives sur la muqueuse buccale. A l'heure actuelle, les mouvements

de la bouche sont contrariés ; la langue est couverte de taches atrophiques de cicatrices. Les dents sont irrégulières, avec des signes de carie ; les incisives inférieures sont dentelées. Signe de Nikolsky positif. Provocation par l'iodure sans résultat. Pas de porphyrines dans l'urine. Cholestérolémie : 216 mgr. o/o ; bilirubinurie : 215 mgr. o/o ; réaction de Takata



Fig. 7. Fig. 8.

Fig. 7 et 8. — Épidermolyse bulleuse dystrophique. Lésions cicatricielles d'une main (Thoroczkay).

Ara : fortement positive ; sédimentation des hématies (méthode de Westergreen) : 74 mm. à l'heure. Examen ophtalmoscopique normal.

Les radiographies dorso-palmaires des mains montrent des phalanges peu développées, à contenu calcaire diminué, à extrémités distales anguleuses et à spongieuse raréfiée ; les trabécules osseuses sont rares et grossières ; leur dessin est effacé. Les extrémités des doigts montrent, en projection dorso-palmaire, des contours normaux, avec peu d'amincissement

des diaphyses ; mais, en projection latérale, ils sont fortement pointus, surtout ceux des pouces qui prennent une forme d'épine. Ces troubles pathologiques existent depuis 10 ans et ne montrent pas d'augmentation appréciable. Les espaces entre les phalanges ne montrent pas de rétrécissement, malgré l'augmentation de la contracture.

IV. — *Atrophodermie vermiculée des joues,*

par le Dr Lászlo Vámos.

Femme âgée de 28 ans. Depuis 14 ans, ses joues se sont criblées de dépressions sinueuses de la grandeur d'un grain de pavot ; ces dépres-

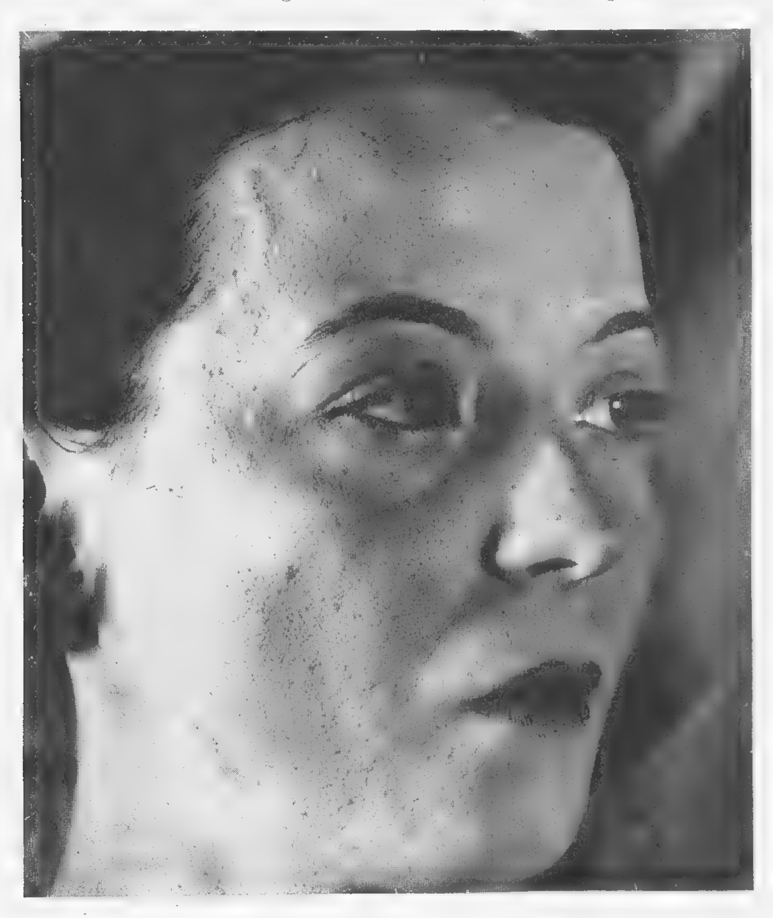


Fig. 9. — Atrophodermie vermiculée des joues (L. Vámos).

sions se sont étendues graduellement et, au moment de l'examen, elles recouvrent tout le visage. De places en places, elles montrent une disposition en forme de réseau, ayant l'apparence d'une pièce de bois taraudée par les vers. Les follicules sont dilatés et, quelquefois, kératosiques (fig. 9).

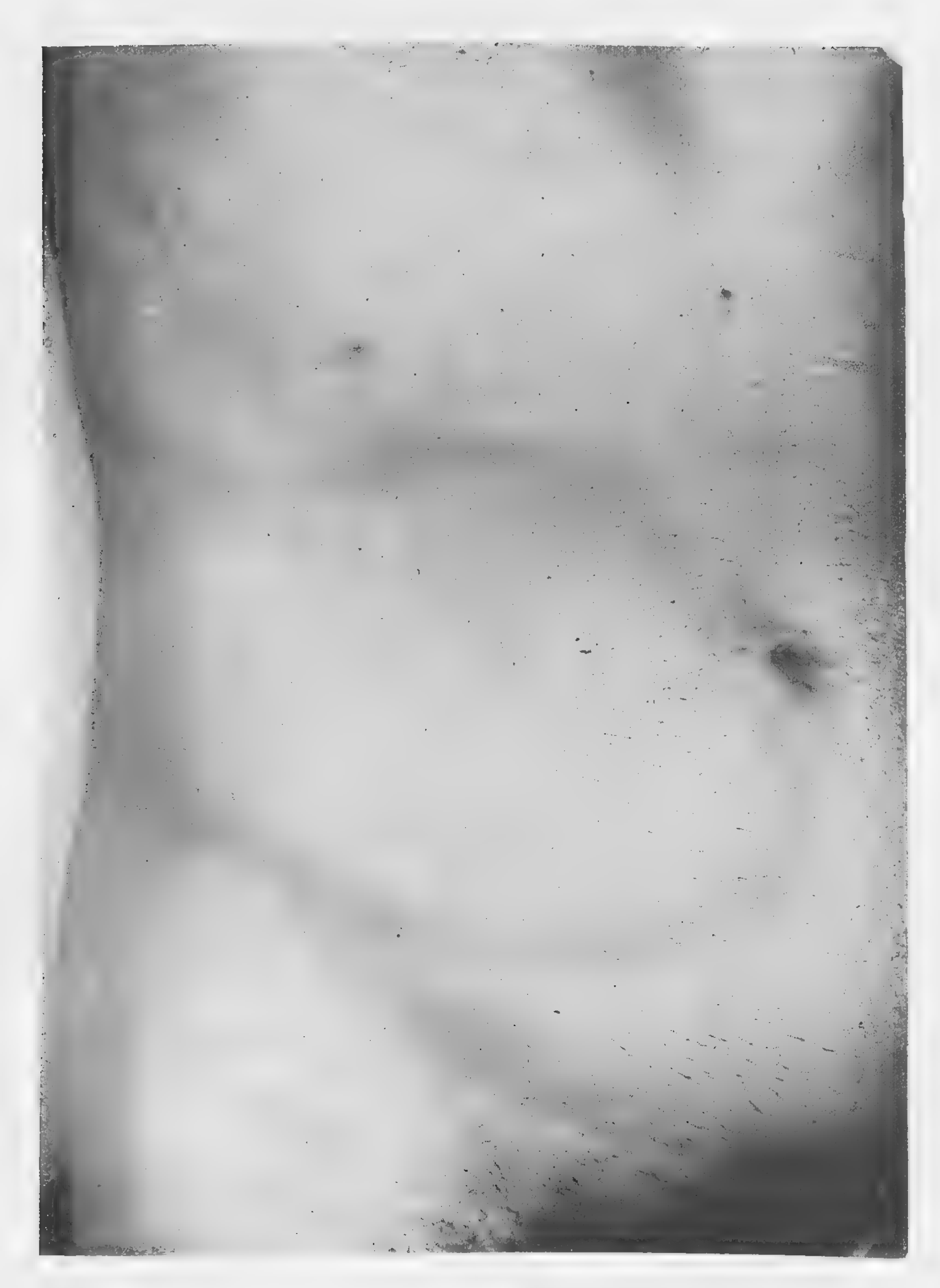


Fig. 84. — Erythema chronicum migrans de Lipschütz (homme de 43 ans) (Sézary).



Fig. **85**. — Tumeurs de Kœnen dans la sclérose tubéreuse ou épiloïa (femme de 22 ans) (Touraine)



Fig. **86**. — Gale norvégienne (homme de 39 ans) (Pailheret, Rennes).

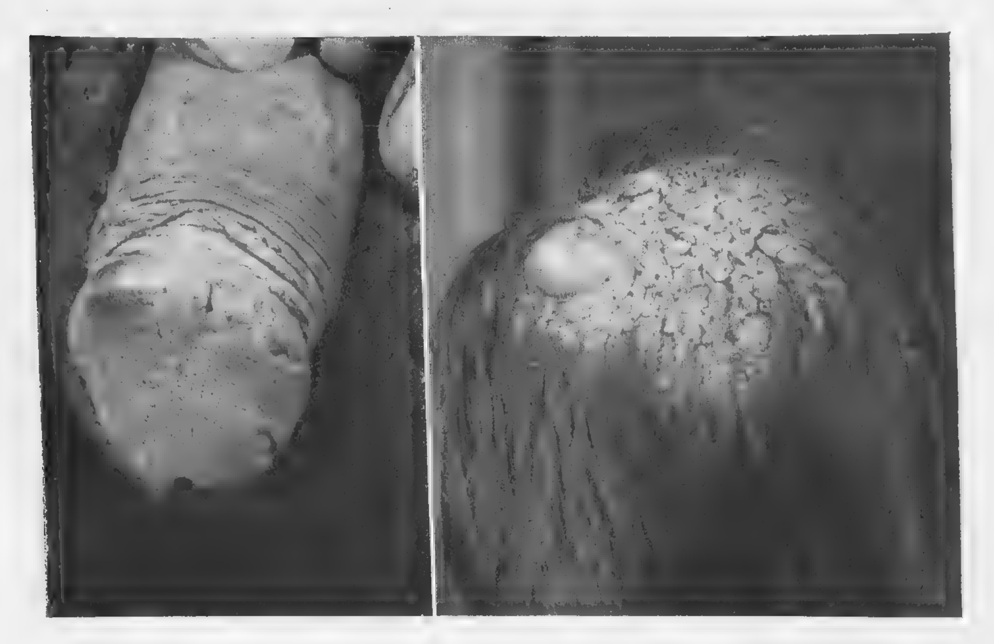


Fig. 87. — Tuberculides nécrotiques du gland (Degos).

Fig. 88. — Nævus cérébriforme du cuir chevelu (Gaté, Lyon).

Fig. 89. — Pseudo-milium colloïde (Grzybowski, Varsovie).



Fig. **90** — Maladie de Darier (jambe) (Y. Bureau, Nantes).



Fig. **91**. — Lichen spinulosique (O. G. Costa, Belo Horizonte, Brésil).

ANALYSES

2b. — *Peau* (Histologie).

G. Weddell (Oxford). — **L'anatomie de la sensibilité cutanée** (The anatomy of cutaneous sensibility). *British Medical Bulletin*, vol. **3**, nos 7-8, art. 733, pp. 163-172, 7 planches, bibliogr.

Étude d'ensemble, historique et actuelle, de la sensibilité à la douleur de la peau et des éléments nerveux qui interviennent dans ce phénomène. Exposé des travaux de Head (1905) et de Woollard (1940); d'après ce dernier, la sensation de douleur est assurée par des terminaisons nerveuses *spéciales* qui siègent aux différentes profondeurs de la peau. Cette conception de Woollard s'oppose à la notion classique selon laquelle toute stimulation excessive de récepteurs nerveux se traduit invariablement par une sensation de douleur. Toutes les sensibilités cutanées procèdent par taches (« spots »).

Exposé du « système nocifenseur » de Tower (1943), après Lewis, qui admet l'existence dans la peau d'un réseau de fibres nerveuses émanées des racines postérieures, se disposant en arborisations à distribution terminale, sans former de syncytium. Ses fonctions ne seraient pas de conduire les incitations sensitives au système nerveux central, mais de servir à l'expansion de l'hyperalgie cutanée.

A. Touraine.

2d. — *Peau* (Physiologie).

W. Ladell (Londres). — **Transpiration par la chaleur** (Thermal Sweating). *British medical Bulletin*, t. **3**, 1945, nos 7-8, art. 735, pp. 175-179. **4 courbes, bibliogr.**

Étude générale de la sudation, de ses rapports avec les températures extérieure et intérieure, de ses facteurs modificateurs, de l'acclimatation.

La transpiration reste inaperçue pour le sujet tant que la température extérieure reste au-dessous de 31°; elle s'accroît alors proportionnellement à l'élévation de cette température; elle est probablement d'ordre osmotique.

Au-dessus de 31°, et au repos (plus bas au cas de travail), la transpiration thermique devient perceptible pour le sujet; elle est produite par les glandes eccrines, sur toute la surface du corps. Elle peut atteindre trois litres par heure. Sans rapport obligatoire avec la température interne, elle est sous le contrôle du système nerveux central.

La teneur de la sueur en chlorures est très variable d'un sujet à l'autre et chez le même individu. Celle en vitamines est très faible, négligeable, sauf pour l'acide nicotinique.

A. Touraine.

G. Miescher et A. Schönberg (Zurich). — **Recherches sur les fonctions des glandes sébacées** (Untersuchungen über die Funktion der Talgdrüsen). *Bull. de l'Académie suisse des Sciences médicales*, t. **1**, 1944, f. 2, pp. 101-114, 12 tableaux, bibliogr.

Après un exposé de la technique personnelle des A. pour recueillir les graisses sécrétées en un temps donné par les glandes sébacées et l'étude de 103 cas au point de vue quantitatif, les A. concluent que :

— la quantité de sébum recueilli sur le front varie d'un sujet à l'autre, mais est constante chez le même sujet;

— le taux du sébum n'est pas en rapport fixe ni avec l'activité de sécrétion ni avec son volume;

— les substances qui agissent sur le système végétatif et les hormones n'influencent pas le taux du sébum;

— le séjour à 3.400 mètres fait baisser le taux du sébum mais augmente la capacité de production. A. Touraine.

5b. — *Avitaminoses.*

J. F. Brun. — **Les dermatoses en relation avec les avitaminoses et leurs traitements.** *L'Union médicale du Canada*, **75**, n° 10, octobre 1946, pp. 1128-1138. Bibliographie.

La vitamine A peut être administrée utilement dans les dermatoses suivantes : acrodynie infantile, kérose, pityriasis rubra pilaire, ichtyoses, maladie de Darier, kératose pilaire, onyxis (fragilité des ongles), acné, certaines alopécies.

Les A. traitent les eczémas et dermites professionnelles par la méthode de Daïnow (10.000 U. de vitamine A + 10.000 U. de vitamine D), par injection intramusculaire trois fois par semaine, associée, dans la même seringue, à des doses croissantes d'auto-sang jusqu'à 12 à 15 centimètres cubes (18 à 20 injections). Résultats très satisfaisants (2/3 des cas) avec désensibilisation définitive.

La vitamine B_1 serait utile dans le lichen plan (10 milligrammes en injections deux à trois fois par semaine, pendant 9 semaines), dans l'herpès zoster (en injections locales autour des lésions), dans la pseudo-pelade de Brocq, le psoriasis (3 milligrammes par jour, associé ou non au régime sans graisses), dans les pemphigus (associée ou non à l'acétylarsan).

La vitamine B_2 serait responsable de la cheilite avec surtout la perlèche et les lésions des lèvres souvent impétiginisées par infection secondaire. Cette ariboflavinose, très fréquente aux États-Unis, se retrouve dans la pellagre et s'associe au béri-béri. Elle est justiciable d'un traitement par un composé B.

La vitamine B_6 intervient avec B_1, B_2, acide nicotinique et probablement C, dans la pellagre. Elle est employée par Wright, Samitz et Brown dans la pellagre à la dose de 25 à 100 milligrammes et dans d'autres dermatoses : séborrhée, eczéma séborrhéique, dans l'acrodynie.

La vitamine H s'emploie dans les eczémas et états séborrhéiques du nourrisson, dans l'acné, etc.

D'autres facteurs du composé B (acide paramino-benzoïque, acide panthoténique) agiraient sur le processus pigmentaire et ont été expérimentés, sans grand résultat, dans la canitie.

L'acide nicotinique, facteur PP est le médicament de la pellagre (mais d'autres facteurs du composé B interviennent dans le syndrome pellagreux). Dans les cas moyens : guérison en 5 à 6 jours avec 50 milligrammes de nicotilamine, 150 grammes d'acide nicotinique et une injection de 1 centimètre cube de complexe B par jour. L. Golé.

5f. — *Dermatoses d'origine circulatoire.*

L. Mathieu, S., E. et A. Hadot (Nancy). — **La périartérite segmentaire superficielle** *Revue médicale française*, année **27**, n° 9, septembre 1946, pp. 158-161. **Pas de bibliographie.**

Ce syndrome, très spécial, a été isolé en 1934 par Horton, Magath et Brown sous le nom d' « artérite des vaisseaux temporaux », et étudié par MacDonald et Moser aux U. S. A. (8 cas en 1937), Jennings en Angleterre (1938), Dick et Freeman (*J. A. M. A.*, 1940), André Hadot (*Thèse*, Nancy, 1945).

Il s'agit de sujets de 60 à 80 ans, souvent artérioscléreux, surtout du sexe féminin (11 ♀, 5 ♂), sans passé infectieux récent.

Après une longue période prodromique (céphalée, courbature, algies diverses, asthénie, etc.), l'affection débute par des douleurs locales, de l'œdème de la face, des orbites, des oreilles, de la muqueuse buccale, une céphalée très pénible. Puis les artères temporales deviennent rouges, tortueuses, gonflées, dures; leurs pulsations sont exagérées ou supprimées. Des nodosités apparaissent le long des artères superficielles du cuir chevelu et, parfois, du corps thyroïde, d'un membre, des artères rétiniennes. Les signes généraux sont assez intenses : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre entre 38° et 39°, sueurs, dyspnée d'effort, pâleur, anémie. La guérison est lente, progressive en 4 à 6 et même 13 mois, sans séquelles.

Les lésions histologiques (Horton et collab.) consistent dans une péri-artérite granulomateuse et une mésartérite de même type pouvant aller jusqu'à hémorragies et nécrose de la media, avec parfois cellules géantes.

L'origine en paraît infectieuse, mais aucun examen de laboratoire n'a pu isoler un germe causal. Jennings tend à en faire une forme particulière, bénigne, de la périartérite noueuse.

Le diagnostic se pose avec la thrombo-angéite oblitérante, l'artérite rhumatismale, le syndrome algique du territoire de l'artère temporale superficielle de Chavany (douleur discontinue par crises paroxystiques, battements pénibles, intégrité de la peau), les algies sympathiques de la face de Leriche.

A. Touraine.

Servelle. — **Lymphographie et éléphantiasis.** *Soc. française de Cardiologie*, 20 octobre 1946, in *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, n° 2, 14 janvier 1947, p. 73.

L'étude radiologique de 11 éléphantiasis des membres inférieurs et de 1 des bourses n'a montré ni allongement des os, ni thrombose veineuse. Par contre, il existe des « mégalymphatiques » dont le diamètre varie de 1 millimètre à 1 centimètre et une lymphostase; de plus, on peut réussir des injections rétrogrades.

D'après Servelle, le mécanisme de l'éléphantiasis suit les phases suivantes : infection locale, adénopathie aiguë ou torpide à la racine du membre, résorption de l'adénopathie qui laisse une sténose, d'où stase et dilatation des vaisseaux afférents.

Critiquant les opérations de drainage habituelles, Servelle dit avoir obtenu des résultats excellents par résection de tous les lymphatiques superficiels du membre.

A. Touraine.

5g. — *Dermatoses d'origine sanguine ou hémopoïétique.*

G. Pinsonneault. — **De la difficulté du diagnostic dans les réactions pathologiques du système réticulo-histiocytaire.** *L'Union médicale du Canada,* **75**, nº 11, novembre 1946, pp. 1476-1485.

Observation d'une malade âgée de 25 ans et suivie pendant 8 ans pour des poussées successives d'ulcère vulvaire avec esthiomène, d'adénopathies inguinales, de douleurs osseuses fémorales (avec lésions lacunaires radiologiques), de surdité avec otalgie et otorrhée.

L'affection paraît se situer dans le cadre de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann malgré des examens histologiques peu caractéristiques.

L'A. insiste sur la difficulté de diagnostic de ces « lymphadénies » dont le polymorphisme clinique peut évoquer les diagnostics les plus variés.

L. Golé.

Adalberto Grana (Palerme). — **Contribution à l'étude du mycosis fongoïde. A propos d'un cas clinique** (Contributo allo studio della micosi fungoide. A proposito di un caso clinico). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **87**, fasc. II, août 1946, pp. 122 à 138, 5 figures. Bibliographie.

La conception pathogénique de Berger et Vallée suivant laquelle le mycosis fongoïde est une réticuloendothéliose granulomateuse hyperplasique explique, étant donné la capacité évolutive pluripotente du mésenchyme, les trois principaux aspects histologiques (granulomateux, leucémique et néoplasique) que l'affection présente dans ses tableaux cliniques (polymorphe d'Alibert-Bazin, érythrodermique de Hallopeau-Besnier, d'emblée de Vidal-Brocq) et les rassemble en un syndrome unique. Mais quelle est la position de ce syndrome mycosis fongoïde vis-à-vis des autres affections du système réticulo-endothélial reconnues aujourd'hui comme des entités cliniques autonomes et spécialement vis-à-vis du lymphogranulome malin, des réticuloses leucémiques et aleucémiques, des formes prolifératives et néoplasiques du système réticulo-endothélial ? Les liens entre ces formes doivent être considérés comme très intimes si bien que, aujourd'hui, il en est qui définissent le mycosis fongoïde comme un processus lymphogranulomateux, d'autres parlent de pseudo-leucémie, d'autres encore de néoplasie.

L'A. a observé un cas qui donne un exemple des grandes capacités évolutives du mésenchyme dans le syndrome du mycosis fongoïde et des liens intimes qui relient cette forme morbide avec les autres affections du système réticulo-endothélial, de sorte que, à un certain moment, les limites entre ces affections se confondent et les tableaux cliniques et histologiques finissent par se compénétrer si profondément qu'il est difficile de dire combien il faut rapporter à l'un ou à l'autre d'entre eux.

L'A. rapporte l'observation de son malade qui a présenté deux phases cliniques : une phase initiale, non fébrile, à allure chronique, avec participation ganglionnaire, type de micropolyadénopathie, plus évidente aux régions inguino-crurales et inguino-abdominales et avec des manifestations cutanées discrètes de type érythémato-infiltratif et érythémato-papuleux psoriasiforme; puis une phase secondaire avec fièvre intermittente de type septique, avec atteinte plus accentuée des ganglions et participation de la rate, du foie accompagnée d'ictère, d'accidents hémorragiques particulièrement aux dépens des muqueuses, et de manifestations cutanées à type d'éléments tumoraux, de plaques extensives, d'éléments érythémato-psoriasiformes et de placards purpuriques.

Au point de vue histologique, il y a eu également deux phases : une initiale

caractérisée par la présence dans les lésions cutanées d'éléments granulocytiques et d'éléments du système réticulo-endothélial ou dérivés de lui; une phase successive caractérisée par un aspect plus monomorphe de l'histioblaste et des cellules dérivées, par une endothéliose notable avec thrombose de nombreux vaisseaux capillaires, par la fragilité vasculaire et par suite des épanchements sanguins dans le contexte du derme et des dépôts hématiques en formations bulleuses dermo-épidermiques.

Ce cas pouvait être rapporté à la forme polymorphe d'Alibert-Bazin; mais, par la suite, l'ensemble symptomatique pouvait être rapporté aux processus leucémiques aigus, de même que l'aspect histologique typiquement mycosique au début pouvait par la suite être rapporté aux réticulo-endothélioses aleucémiques.

Après avoir fait observer que des tableaux leucémiques (myéloïdes ou réticulo-histiocytaires) apparaissent assez souvent durant l'évolution du mycosis fongoïde, et après avoir rapidement esquissé la pathologie des réticulo-endothélioses prolifératives de type leucémique, l'A. constate que, dans le cas étudié, le tableau du mycosis fongoïde n'est pas complètement remplacé par celui de la réticulo-endothéliose aleucémique. Au point de vue pathogénique, il est porté à penser que l'agresseur inconnu qui porte les éléments du système réticulo-endothélial à proliférer dans le mycosis fongoïde agit ensuite sur d'autres éléments du même système déterminant l'apparition d'un tableau clinique et histologique qui peut être rapporté à la réticulo-endothéliose aleucémique. BELGODÈRE.

Virgilio RIZZI (Parme). — **Contribution à l'étude clinique et histologique du mycosis fongoïde** (Contributo allo studio clinico e istologico della micosi fungoide). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, fasc. II, août 1944, pp. 224 à 254, 10 figures. Deux pages de bibliographie.

Après avoir rapidement évoqué les données les plus récentes en ce qui concerne la classification des réticulo-endothélioses cutanées, l'A. étudie un cas personnel.

Homme de 44 ans en très bonnes conditions au point de vue de l'état général. Dans la moitié inférieure des régions parasternales droite et gauche et sur la moitié supérieure de la région épigastrique il y avait un large et épais plastron d'infiltration, de couleur érythémateuse qui datait de deux ans et sur lequel étaient apparues peu à peu de nombreuses nodosités de consistance dure élastique uniforme, à surface intacte dont la grosseur variait de celle d'un noyau de cerise à celle d'une demi-mandarine, sans prurit et sans douleurs. Aucune altération des autres organes ou appareils.

Au point de vue histologique, les lésions intéressaient le derme, très augmenté d'épaisseur, et les couches les plus superficielles du tissu sous-cutané. Dans un réseau grossier de fibres argentophiles on observait un infiltrat disposé autour des vaisseaux, des glandes sudoripares et sébacées, des troncs nerveux, mais cet infiltrat ne présentait jamais de caractères destructifs. Il était composé de nombreux éléments cellulaires de nature réticulo-endothéliale avec une prévalence nette des cellules lymphocyto-monocytoïdes et de cellules de plus grande dimension de caractère monstrueux avec un noyau unique et irrégulier, excentrique, peu coloré et un protoplasma abondant, basophile et homogène.

Au point de vue hématologique, il a été possible de constater une légère mononucléose : dans les enrichissements on mettait en évidence de nombreuses cellules mononucléaires d'origine sûrement histiocytaire. La roentgenthérapie à petites doses fractionnées a amené une rapide et complète régression des lésions cutanées.

L'A. discute le diagnostic de ce cas au point de vue des diverses réticulo-endothélioses cutanées; il rappelle les caractéristiques du mycosis fongoïde de Vidal-Brocq ou à tumeurs initiales, et il croit que le cas étudié appartient à cette forme, bien que la symptomatologie anatomo-clinique ne soit pas des plus typiques, puisque le prurit faisait défaut et à cause de la consistance dure des lésions, de l'absence d'éosinophilie locale, de l'hyperplasie conjonctive importante et de

la prévalence, dans certains champs microscopiques, de nombreux éléments lymphocytaires qui pouvaient faire suspecter un lymphosarcome.

Ce travail se termine par des considérations sur l'évolution possible de cette lésion et sur son pronostic en se basant sur les données de la clinique et du laboratoire, sur les examens du sang et sur les résultats obtenus par les enrichissements qui ont été poursuivis pendant plusieurs mois à intervalles réguliers après la roentgenthérapie. BELDOGÈRE.

Robert DELCOURT. — **Mycosis fongoïde et taxisme microbien.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 200-205.

L'A. présente un type érythrodermique de mycosis fongoïde confirmé par l'examen histologique. Au niveau de tumeurs mycosiques apparues secondairement, il existe du pus où la culture met en évidence du staphylocoque doré. Se développant en terrain mycosique, le staphylocoque s'est fixé vers les tumeurs, peut-être à la faveur de la radiothérapie. Il s'agirait là d'un phénomène relevant de l' « hyperpexie » des territoires enflammés et de la prolifération de germes en un endroit de moindre résistance. LOUIS VISSIAN.

Th. BEHAEGEL. — **Urticaire solaire aboutissant à un mycosis fongoïde.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 157-159.

L'A. présente un cas d'urticaire évoluant par crises s'éveillant sous l'ardeur du soleil, se limitant aux parties découvertes et aboutissant en 5 ans à un mycosis fongoïde vérifié histologiquement. LOUIS VISSIAN.

Franco ROSTI (Milan). — **Granulome malin cutané primitif à type tumoral** (Granuloma maligno cutaneo primitivo a tipo tumorale). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 87, fasc. I, avril 1946, pp. 29 à 43. Bibliographie.

La lymphogranulomatose maligne de Paltauf-Sternberg, dite encore maladie de Hodgkin, terme qui n'a plus qu'un intérêt historique, est classée dans les traités parmi les maladies des glandes lymphatiques; mais les progrès de la clinique et de l'histologie ont montré que cette maladie est un des types les plus classiques des réticulo-endothélioses de sorte que la désignation de granulome malin, proposée par Benda, paraît plus appropriée.

L'A. rappelle à grands traits les principaux caractères de cette maladie et il rappelle que les lésions cutanées qu'elle présente sont de deux sortes : lésions toxiques aspécifiques, et les lésions granulomateuses vraies ou spécifiques dont il indique les caractéristiques.

Les lésions spécifiques de la peau sont d'aspect assez polymorphe, soit nettement tumorales et de sièges multiples, soit papuleuses et disséminées, ou ulcératives ou enfin sous la forme de placards d'infiltration.

La localisation cutanée peut être primitive; mais ce cas est exceptionnel et l'A. n'en a relevé que 9 cas dans la littérature, dont il donne un bref résumé.

C'est ce qui donne le principal intérêt au cas qu'il a observé chez un homme de 37 cas qui vit apparaître à la région sternale, au-dessous du manubrium, d'abord un placard rouge d'aspect angiomateux, auquel succéda une tuméfaction hémisphérique régulière non ulcérée et indolente. La biopsie de cette tumeur révéla, entre autres, la présence d'éléments cellulaires surtout lymphocytaires, à caractère exsudatif et, d'autre part, celle d'éléments de la série histiocytaire à caractère nettement productif et parmi ces derniers ressortissaient par leur morphologie caractéristique et leur signification pathognomonique les cellules géantes de Sternberg. La réaction ganglionnaire caractéristique faisait défaut; il y avait seulement dans une des aisselles un léger engorgement ganglionnaire peu caractéristique et que l'on

aurait pu attribuer à des lésions d'acné dorsale assez accentuées que présentait le malade.

L'A. discute la voie d'entrée du virus, les voies de pénétration, les caractères particuliers des manifestations cutanées primitives, la recherche de la diffusion du virus dans le sang qui a donné des résultats peu concluants dans le cas étudié, vu sa précocité, le diagnostic, le pronostic et le traitement qui sera, selon les cas, chirurgical ou radiothérapique.

Un point qui est fort discuté de l'histoire de cette maladie c'est sa position nosologique vis-à-vis des autres réticulo-endothélioses cutanées et surtout vis-à-vis du mycosis fongoïde. Certains auteurs ont voulu identifier ces deux dermatites qui ont en effet bien des caractères communs. Mais Rosti est d'avis que le problème de l'identité du granulome malin et du mycosis fongoïde ne pourra pas être résolu tant qu'on ne connaîtra pas l'agent étiologique de ces deux maladies.

BELGODÈRE.

Giorgio ALDO et Giusuppe MEZZADRA (Padoue). — **Sur un cas de lymphogranulomatose maligne à début probablement cutané, primitif, et des rapports avec le mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée** (Su un caso di linfogranulomatosi maligna a probabile inizio cutaneo e ai rapporti con la micosi fungoide a tumori d'emblée). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. IV, octobre 1946, pp. 282 à 290, 5 figures. Bibliographie.

Observation d'un homme de 27 ans qui vit apparaître à la partie inférieure gauche de l'abdomen une petite tumeur grosse comme un pois, légèrement prurigineuse qui augmenta peu à peu de volume Par la suite firent leur apparition des tuméfactions ganglionnaires multiples et la tumeur initiale de l'abdomen présenta une ulcération. Les examens histologiques révélèrent la présence de cellules de Sternberg aussi bien dans la lésion cutanée initiale que dans les ganglions lymphatiques. Le malade finit par succomber par dépérissement général.

Les A. font observer combien dans de pareils cas le diagnostic est difficile avec le mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée, du moins tant que, dans la maladie de Hodgkin, la participation fait défaut des ganglions lymphatiques et des viscères splanchniques. Dans les deux cas, en effet, le mode de début et l'évolution des lésions cutanées peuvent être identiques; en outre, leur substratum histologique ne présente pas de caractères suffisamment nets pour permettre une pareille différenciation. Même la présence de cellules de Sternberg dans les lésions cutanées de la maladie de Hodgkin n'est pas une donnée différentielle suffisante parce que des cellules tout à fait semblables peuvent se rencontrer dans le mycosis fongoïde.

Ils font observer, en outre, que, par l'étude cytologique de fragments de tissu des lésions cutanées, il est possible de mettre en évidence une certaine diversité des cellules géantes du type Sternberg de la peau par comparaison avec celles, véritablement monstrueuses, que l'on peut repérer en abondance dans les ganglions.

Pour conclure, les A. sont d'avis que, si entre les deux affections il est possible qu'il existe une certaine parenté, peut-être même une identité, cependant, pour le moment, il est opportun de considérer ces deux formes comme deux maladies distinctes en raison de notre ignorance sur leur agent étiologique.

BELGODÈRE.

R. W. NILSSEN. — **Forme annulaire de sarcoïde de Bœck coexistant avec une tuberculose ganglionnaire** (Annular form of Bœck's sarcoid with simultaneous glandular tuberculosis). *Soc. norvégienne de Dermatologie*, 17 juin 1943, *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, pp. 154-156.

Femme de 58 ans ; depuis 19 ans, éléments annulaires, rouge-brun, d'un grain de millet à une pièce d'une demi-couronne, sur la face ; le centre en est légèrement atrophique. Réactions à la tuberculine positives (négatives 13 ans plus tard) ; inoculation

au cobaye négative. Biopsie au début : lupus. Aggravation lente. En 1940, réaction de Kveim positive. En 1943, adénite tuberculeuse du cou (culture positive sur Löwenstein), opacités dans les deux poumons

Schaumann a signalé 3 cas de sarcoïdes dont un avec spondylite tuberculeuse, un avec tuberculose pulmonaire, un avec tuberculose colliquative de la peau. Goldsmith a vu des sarcoïdes cutanées, au cours d'une coxalgie, se transformer en lupus vulgaire circiné, la réaction de Mantoux de négative à 1/1.000 est devenue positive à 1/100.000. Un malade de Funk avec sarcoïdes cutanées et iridocyclite est mort de phtisie avec cavernes. Bonnevie et With ont noté des sarcoïdes, confirmées par la biopsie, au cours d'une tuberculose génitale et vertébrale; la réaction de Pirquet de négative est devenue positive.

A. Touraine.

K. Granström, E. Cripwall, C. Kristoffersson et A. Lindgren (Stockholm). — **Un cas de syndrome de Heerfordt avec autopsie** (A case of uveoparotid fever (Heerfordt) with autopsy findings). *Acta Medica Scandinavia*, t. **126**, nº 4-5, 1946, pp. 307-318, 7 figures histologiques. Bibliographie.

♂ de 55 ans, cataracte depuis quelques années ; début grippal : irido-choroïdite, kératite ; fièvre à 38º6. Deux mois plus tard, dyspnée, tachycardie, gros foie, myocarde normal, puis noyaux disséminés broncho-pneumoniques, pleurite, puis défaillance cardiaque, mort le 4e mois. Lésions typiques de lymphogranulomatose de Schaumann dans les parotides, les glandes sous-maxillaires, les yeux, les ganglions médiastinaux, cervicaux, les amygdales, le foie, la rate, les reins, le myocarde, les poumons, les testicules, le corps thyroïde. Quelques bacilles acido-résistants dans les ganglions du cou. Pas de lésions dans le tube digestif, le pancréas, les surrénales, le cerveau. L'inoculation de ganglions médiastinaux au cobaye a donné une tuberculose caséeuse des ganglions satellites, péri-aortiques et de la rate, dont la culture sur Löwenstein est restée négative.

Rappel de 6 autopsies antérieures dont les résultats ont été identiques. Arguments en faveur de l'origine tuberculeuse probable de la lymphogranulomatose, comme le pense d'ailleurs Schaumann (tuberculose bovine).

A. Touraine.

Adolphe Dupont. — **Le traitement de la maladie de Besnier-Bœck par le bismuth.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc. I, novembre 1946, pp. 75-79.

L'A. rapporte deux cas de Besnier-Bœck traités avec succès par le bismuth. Chez l'un d'eux, atteint d'une forme sérieuse, quatre cures de bismuth liposoluble ont amené une guérison clinique qui se maintient après plus d'un an. Cette action manifeste du bismuth incite l'A. à essayer ce traitement dans tous les cas de lymphogranulomatose bénigne Louis Vissian.

R. Eyckmans. — **Urticaire pigmentaire.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 77-79.

L'A. présente un cas d'urticaire pigmentaire typique chez un garçonnet de 6 ans. Son début remonte à l'âge de 2 ans par de petites papules urticariennes suivies de taches et de papules pigmentées non prurigineuses sur le tronc et les membres. La friction de ces éléments détermine de la turgescence et l'apparition d'un halo érythémateux. Il n'y a pas de lésions des muqueuses ni d'adénopathies. Au point de vue hématologique : léger degré d'hyperleucocytose et de mononucléose. Au point de vue hépatique : subictère des conjonctives et augmentation de la matité hépatique. La biopsie donne l'image typique de l'urticaire pigmentaire : le pigment est abondant dans la basale; l'infiltration par mastzellen est limitée presqu'exclusivement au derme papillaire. Louis Vissian.

5k. — *Dermatoses et système nerveux.*

Clément Simon. — **Les stigmates cutanés des mystiques.** *Archives internat. de Neurologie, de Méd. mentale et des mal. héréditaires,* année **64**, nouvelle série, n° 1, octobre 1945, pp. 2-15.

Réimpression des 7 premières pages de l'article de Cl. Simon, sur le même sujet, dans la *Nouvelle Pratique dermatologique* (t. **5**, p. 858), à laquelle l'A. a ajouté l'opinion de Lhermitte, selon laquelle l'explication de ces stigmates ne peut pas être scientifique mais est ou surnaturelle ou de supercherie.

L'A. croit à un terrain constitué par une psychopathie, des troubles vasculo-sanguins, une constitution imaginative et hyperémotive, terrain sur lequel un léger traumatisme, volontaire ou inconscient, développe une lésion cutanée.

A. Touraine.

6a. — *Prurits, prurigos.*

A. L. Shapiro et S. Rothman. — **Pruritus ani. (Etude clinique)** *Gastro-enterology,* **5**, septembre 1945, p. 155, in *Laval Médical,* **11**, n° 8, octobre 1946, pp. 890-891.

Au point de vue traitement : nécessité d'obtenir des selles molles, éviter le papier de toilette, proscrire les lavements. La radiothérapie n'est utile que dans les prurits avec lichénification. Les infiltrations locales avec des anesthésiques sont inutiles et souvent nuisibles.

L. Golé.

6f. — *Purpura.*

Croizat, Revol, Fraysse, Lançon et Morel. — **Le fibrinogène sanguin dans les syndromes hémorragiques et les purpuras.** *Lyon Médical,* t. **176**, n° 49, 8 décembre 1946, pp. 354-357, 1 tableau.

Dosé chez 13 malades par la méthode électrophotométrique, le fibrinogène a été augmenté (plus de 5 grammes et jusqu'à 7 gr. 85) dans 2 cas, normal (3 gr. 50 à 5 grammes) dans 4, diminué (moins de 3 gr. 50 et jusqu'à 1 gr. 40) dans 7 (le plus souvent entre 2 gr. 8 et 2 gr. 1), surtout dans les cas bénins.

A noter l'augmentation considérable du fibrinogène dans les leucémies (d'où un élément de diagnostic) et le manque de parallélisme entre le taux du fibrinogène et les autres anomalies d'ordre hémogénique.

A. Touraine.

6h. — *Eczéma.*

L. Gougerot. — **Impédance cutanée chez les eczémateux mesurée en courant alternatif de base fréquences.** *La Semaine des Hôpitaux,* année **22**, n° 29, 7 août 1946, pp. 1381-1383.

Travail de haute technicité dont les conclusions pratiques sont ainsi formulées par l'auteur.

« 1° Dans l'impédance du corps humain aux courants de basse fréquence, la plus grande partie de la résistance électrique est en rapport avec l'intégrité de l'épiderme.

2° Dans l'eczéma, la baisse de l'angle de phase (et de la résistance propre de la

peau) est en rapport avec la perméabilité exagérée de l'épiderme de ces malades. Elle en constitue en quelque sorte une mesure : celle-ci, à la période d'activité, ne fait que confirmer une évidence clinique, mais revêt tout son intérêt au cours ou après l'évolution vers la guérison. »

... « Elle confirme l'importance du facteur *porosité* dans le déterminisme de l'eczéma. »

[L'impédance est la « résistance en courant alternatif, lorsqu'un circuit comprend, en plus des résistances pures (ohmiques), des capacités »].

A. Touraine.

Coffin. — **Guérison brusque et durable d'un eczéma tenace.** *Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 30 avril 1946 ; *Arch. franç. de Pédiâtrie*, t. **3**, n° 4, 1946, pp. 322-323.

Garçon en poussées fréquentes d'eczéma depuis l'âge de 3 semaines. A 9 ans et demi, en 1944, séjour de 15 jours dans une cave pendant la durée d'une bataille; peur intense. A la sortie, guérison définitive malgré les écarts de régime.

A. Touraine.

6j. — *Psoriasis.*

B. Dujardin — **Psoriasis et angines.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 144-145.

L'A. a constaté de très nombreux cas de psoriasis survenant, chez des sujets assez âgés, après une angine fébrile généralement grave. Peu de jours après, éclate un psoriasis aigu prenant la forme d'une éruption de petites taches de psoriasis guttata; ce n'est que par la suite que le psoriasis affectera ses localisations classiques et son état chronique. Cette relation peut éclairer la pathogénie et peut-être même l'étiologie du psoriasis.

Louis Vissian.

M. Bonafos (Alger). — **Psoriasis et grossesse.** *Gynécologie et Obstétrique*, t. **45**, n° 5, 1946, pp. 465-470. Bibliographie.

1° Femme de 29 ans ; psoriasis depuis la puberté, à 15 ans, guérison en 10 jours au troisième mois d'une première grossesse. Récidive peu après le deuxième accouchement 3 ans plus tard, amélioration après la première série de progynon (3 jours à 5 milligrammes), s'accentuant après la troisième série. Nouvelle grossesse, disparition de tous les éléments au deuxième mois.

2° Femme de 28 ans, présente au moment d'un accouchement prématuré un grand psoriasis nummulaire. Depuis l'âge de 13 ans psoriasis qui a disparu au deuxième mois d'une première grossesse à 24 ans, récidive au 3e mois d'une deuxième grossesse à 26 ans pour disparaître aux premières règles suivantes et recommencer au 3e mois d'une troisième grossesse.

Tantôt la grossesse n'a aucun effet sur le psoriasis, tantôt cet effet est stimulant ou frénateur. L'A. rapporte divers exemples de cette action variable [dont il est bien difficile de tirer des conclusions, *An.*] et en cherche l'explication dans des facteurs métaboliques, hormonaux ou neuro-végétatifs; il invoque surtout un état d'hyperthyroïdie ou d'hypervagotonie.

A. Touraine.

6m. — *Bulles.*

O. Kaalund-Jorgensen. — **Hydroa æstivalis vacciniformis.** *Soc. danoise de Dermatologie*, 4 avril 1945, *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, pp. 148-153, 6 figures.

Obs. I. — Garçon de 4 ans ; poussée à chaque printemps et été, aux oreilles, aux deux mains ; nombreuses bulles et cicatrices ; strophulus sur l'abdomen et les membres inférieurs ; conjonctivites laissant des opacités cornéennes ; pas d'hématoporphyrinurie.

Obs. II. — Garçon de 14 ans ; arriération mentale. Début à 7 ans, aux oreilles ;

poussées d'eczéma et de bulles à la face et aux mains. Pas d'hématoporphyrinurie. Amélioration passagère par traitement local à l'or et au bismuth.

Obs. III. — Garçon de 18 ans ; de tout temps eczéma en été. En 1945, poussée de bulles aux oreilles, sur le nez et aux mains. Pas d'hématoporphyrinurie. Belle amélioration par les rayons de Bucky. A. Touraine.

60. — *Pemphigus et pemphigoïdes.*

Giuseppe Mezzadra (Padoue). — **Relevés épidémiologiques sur les maladies du groupe du pemphigus** (Rilievi epidemiologigi sulle malattie del gruppo del pemphogo). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. **19**, fasc. II. Édition de guerre, pp. 112 à 123. Bibliographie.

Les plus grandes incertitudes règnent encore à l'heure actuelle sur la nature et les causes des maladies du groupe du pemphigus (on comprenait dans ce groupe la maladie de Dühring). L'A. rappelle les divers facteurs qui ont été incriminés : race (56 israélites sur 77 cas dans une statistique), origine infectieuse, altérations de la nutrition, trouble nerveux, troubles endocrines, réactions anaphylactiques, auto-intoxication, sensibilisation, etc....

Dans le but d'apporter un peu de lumière dans ces ténèbres, l'A. a entrepris des recherches épidémiologiques en consultant les statistiques des hôpitaux de diverses régions de l'Italie, semblable travail n'ayant pas encore été entrepris, ni en Italie, ni dans les autres pays.

Il résulte de l'étude de ces statistiques que le pemphigus est plus fréquent dans les saisons froides et dans les pays à climat humide et pluvieux (Mantoue, Rovigo, Novare, Florence, etc...). Il est moins fréquent dans les régions méridionales, dans les îles, dans les villes maritimes.

Pour ce qui est de la maladie de Dühring, les statistiques ne sont guère probantes du fait que, cette maladie étant en général moins grave, beaucoup de malades ne sont pas hospitalisés et échappent ainsi aux statistiques hospitalières et ces dernières, en outre, donnent des renseignements très contradictoires dont on ne peut tirer aucune conclusion. Belgodère.

Lapierre, Van Runckelen et Dussart. — **Valeur des critères histologiques pour le diagnostic entre pemphigus et dermatites polymorphes de Dühring-Brocq.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 81-105.

Les A. présentent le résultat de leurs recherches histologiques concernant douze cas différents d'affections bulleuses : 5 cas typiques de dermatite polymorphe; 5 cas de pemphigus et 2 cas impossibles à classer au point de vue clinique mais que l'examen biopsique a révélé être des pemphigus. 22 microphotographies illustrent nettement ces présentations et permettent d'opposer les caractères histologiques des lésions épidermiques des pemphigus à ceux des dermatites polymorphes.

Les lésions dermiques sont beaucoup moins nettes, quoique dans le pemphigus l'infiltration cellulaire soit moins marquée.

Du côté de l'épiderme, les différences sont frappantes. Dans toutes les catégories de pemphigus la lésion première est une altération cellulaire de la basale ou du corps muqueux mais surtout de la granuleuse. Les noyaux et protoplasmes perdent leur structure et deviennent opaques, les filaments d'union disparaissent. A ce moment, il n'y a encore dans le derme ni œdème, ni infiltration cellulaire. Dans les dermatites polymorphes, au contraire, les phénomènes dermiques d'infiltration cellulaire semblent primitifs. De fines vacuoles apparaissent ensuite entre les cellules de la basale qui conservent leurs caractères de fine structure, les filaments d'union persistent, parfois allongés, étirés ou déchirés.

Secondairement, dans le pemphigus on assiste dans le derme à l'apparition d'un flux œdémateux qui passe dans l'épiderme préalablement dissocié et peut alors produire superficiellement de vastes décollements bulleux sans limitation nette le plus souvent dans les dernières assises de la granuleuse. Dans les dermatites de Dühring, les poussées dermiques d'infiltration cellulaire agissent brusquement sur un épiderme cohérent et produisent tantôt l'arrachement de l'épiderme tout entier qui ne tient plus au derme que par de minces filaments épidermiques étirés, tantôt de vésicules très tendues, le plus souvent sous-épidermiques ou profondément enchâssées dans le corps muqueux.

Lorsque la biopsie ne permet pas d'assister aux phénomènes de début, l'observation des caractères d'une simple bulle ne laisse pas de doute :

Dans le pemphigus : bulle superficielle, se terminant à angle aigu, les cellules qui les bordent ne sont pas soumises à une forte pression, elles restent arrondies, plusieurs d'entre elles sont altérées ou déjà mortes et tombent dans la cavité uniloculaire.

Dans la dermatite polymorphe, la bulle est arrondie; elle se trouve sous une tension très forte; les cellules de ces parois sont aplaties mais conservent la texture de cellules vivantes, elles ne tombent pas dans la cavité, celle-ci est généralement garnie d'éléments d'infiltration qui abondent dans le derme. La bulle est le plus souvent profonde sous l'épiderme ou dans le corps muqueux.

Louis Vissian.

M. J. Pierard. — **Pemphigus foliacé avec décalcification osseuse massive et hyperparathyroïdie**. *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc 1, novembre 1946, pp. 93-103.

L'A. présente une observation de pemphigus foliacé typique. L'étude systématique du squelette a montré une décalcification très importante de tous les os des membres et des ceintures pelvienne et scapulaire. Ces altérations du squelette s'accompagnent d'images de calcification des artères fémorale et tibiale; d'autre part d'hypercalcémie, d'hypercalciurie considérable. Le phosphore minéral du sang est diminué et le taux des phosphatases élevé. Il s'agit donc d'un syndrome hyperparathyroïdien.

Est-il en faveur de l'origine endocrinienne de ce pemphigus ? L'intervention chirurgicale proposée au malade n'a pu être faite.

Louis Vissian.

Egio Biaggini (Pise). — **Contribution à la connaissance du syndrome de Senear-Usher** (Contributo alla conoscenza della sindrome di Senear-Usher). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. II, août 1946, pp. 87 à 103, 3 figures. Bibliographie.

On connaît actuellement dans la littérature une centaine de cas de ce syndrome, dont 75 américains. L'incertitude qui règne encore sur la nature exacte de cette dermatose, a amené des divergences entre les auteurs sur la désignation nosologique qu'il convient de lui attribuer. Chiale a proposé de l'appeler « pemphigus séborrhéique », les auteurs allemands ont proposé la dénomination de pemphigus érythématode. Touraine et Lortat-Jacob proposent « pemphigoïde séborrhéique ».

Après avoir donné une description de ce syndrome d'après les descriptions qui en ont été données, l'A. rapporte un cas personnel : Jeune homme de 19 ans, apparition dans le creux axillaire droit d'un placard séborrhéique à tendance extensive ; un peu plus tard apparition de lésions semblables dans l'aisselle gauche et sur le tronc. Par la suite, transformation de ces lésions qui apparaissent recouvertes de squames, croûtes noirâtres et épaisses. Au visage et au cuir chevelu, ces lésions présentent l'aspect d'un eczéma séborrhéique. Au bout de deux mois, sur les parties respectées par les lésions précédentes, apparition de poussées éruptives, de lésions vésiculeuses accom-

pagnées de prurit. Dès l'apparition des premières manifestations, les lésions séborrhéiques s'accompagnent d'un signe de Nikolsky très net. Les examens histologiques ne mettent pas en évidence des caractères qui permettent de faire un diagnostic net.

Discussion de diagnostic : infection cutanée par germes banaux, érythème polymorphe bulleux, hydroa vacciniforme, épidermolyse bulleuse, urticaire bulleuse. Restent le groupe des pemphigus et la maladie de Dühring; mais pour cette dernière, certains auteurs comme Radaeli la considèrent non comme une maladie autonome, mais comme une variété du pemphigus vulgaire.

L'A. se rallie à ce dernier diagnostic qui lui semble suffisamment établi par la présence du signe de Nikolsky et par les caractères histologiques qui sont très analogues à ceux de la maladie de Dühring.

Toutefois ce diagnostic peut être mis en doute en ce qui concerne les lésions d'aspect séborrhéique, il pourrait y avoir coïncidence d'un eczéma séborrhéique, la discussion se pose également avec le lupus érythémateux. Mais l'A. élimine ces affections en se basant surtout sur le prurit très accentué dès le début des accidents et sur la présence du signe de Nikolsky. Il croit donc devoir se rallier à la conception de Chiale qui considère que le syndrome de Senear-Usher doit être interprété comme une variété de pemphigus caractérisée par les manifestations séborrhéiques par lesquelles le plus souvent débute le tableau clinique. Dans ce syndrome, l'A. estime pouvoir individualiser une forme qui peut être rapprochée de la dermatite herpétiforme de Dühring en raison de son évolution bénigne (qui peut cependant par la suite assigner un caractère de malignité) mais surtout en raison de la symptomatologie clinique : polymorphisme des lésions, caractère herpétiforme de la distribution des éléments, prurit, conservation d'un bon état général. BELGODÈRE.

ALDO DE GIORGIO (Padoue). — **Sur le signe de Nikolsky périlésionnel dans un cas de pemphigus de Senear-Usher** (Sul segno di Nikolsky in un caso di « Pemphigo di Senear-Usher). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. II, août 1946, pp. 105 à 113. Deux figures.

Après avoir évoqué la confusion, les contradictions et les divergences qui règnent au sujet de cette dermatose, l'A. étudie un cas personnel. Femme de 50 ans, qui vit apparaître successivement à la cheville, puis à la jambe, puis en divers points du tronc, des squames croûteuses de dimensions nummulaires qui n'étaient pas précédées de lésions érosives ou bulleuses. Ces accidents s'accompagnaient d'un léger prurit. Puis d'autres lésions abrasives et squamo-croûteuses firent leur apparition au visage, en même temps se manifestait un pityriasis gras du cuir chevelu dont les amas de squames adhéraient aux cheveux et au cuir chevelu. Si l'on détachait ces squames croûtes on voyait leur surface inférieure parsemée de sortes de « clous » formant brosse et la surface cutanée ainsi mise à nu était rouge, légèrement suintante, et parsemée d'orifices folliculaires assez fortement dilatés. Enfin, si on soulevait la peau au moyen d'une pince dans le voisinage des lésions, elle se détachait avec facilité et on pouvait sans difficulté en arracher un lambeau de quelques millimètres, autrement dit, il existait un signe de Nikolsky très net, mais seulement dans une zone de quelques millimètres autour des lésions. Sur les parties indemnes ce signe faisait défaut.

L'A. discute le diagnostic : lupus érythémateux (seulement pour les lésions du visage), mais dans le lupus érythémateux il n'y a pas de signe de Nikolsky. Lupus érythémateux disséminé (pour les lésions du tronc), mais dans le lupus érythémateux disséminé il y a altération de l'état général, alors que dans le cas étudié l'état général était satisfaisant. Verrues planes, kératose sénile, eczéma séborrhéique, pyodermites banales.

L'A. se range donc au diagnostic de syndrome de Senear-Usher dont ce cas présente le caractère mixte de combinaison entre l'eczéma séborrhéique, le lupus érythémateux et le pemphigus.

Son cas lui paraît pouvoir contribuer efficacement à la classification nosologique de ce syndrome; il est d'avis qu'il apporte un appui à l'opinion des auteurs qui considèrent cette dermatose comme une variété de pemphigus. Mais, selon lui, il s'agirait non pas d'une variété du pemphigus vulgaire, mais plutôt d'une variété du pemphigus foliacé ou mieux encore d'une variété intermédiaire entre ces deux formes, car il y a cependant des cas où les bulles sont la première manifestation de la maladie.

Il ne pense pas que le signe de Nikolsky périlésionnel doive être considéré comme un indice de malignité imminente mais plutôt qu'il démontre une tendance extensive excentrique des lésions dont il semble précéder la formation.

Belgodère.

6o. — *Dermatite de Dühring.*

N. Danbolt. — **Traitement de la dermatite herpétiforme par l'acide nicotinique** (Treatment of dermatitis herpetiformis with nicotinic acid). *Soc. norvégienne de Dermatologie*, 23 septembre 1943 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, nº 2, 1946, pp. 161-162.

10 malades ont été traités par l'acide nicotinique (50 à 100 milligrammes par jour pendant 8 à 10 jours). Quelquefois rougeur congestive de la face, du tronc et des extrémités immédiatement après l'absorption, avec sensation passagère de chaleur et d'agitation. En peu de jours, amélioration des troubles fonctionnels (prurit, douleur, chaleur) et, quelquefois, des lésions cutanées. Cependant, rechutes fréquentes.

A. Touraine.

6p. — *Lichens.*

Adolphe Dupont. — **Lichen nitidus étendu chez un enfant de six ans.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 79-80.

L'A. présente un enfant de six ans couvert de plaques de la taille moyenne d'une pièce de cinq francs, six au bras gauche, deux au bras droit, une dans le creux poplité gauche et une sur la face externe du genou droit. Ces plaques sont formées par un semis très dense de papulettes moins grosses que la tête d'une épingle, polygonales, de coloration jaune chamois, très brillantes. Elles donnent au toucher une sensation de rape. Elles ne sont pas prurigineuses.

A la biopsie : nodule d'infiltration formé par des lymphocytes et des cellules conjonctives jeunes, nettement délimité au contact immédiat de l'épiderme, sur lequel il déborde. Quelques boules hyalines au voisinage de l'épiderme. Le collagène a disparu et est remplacé par quelques minces fibrilles qui traversent l'infiltrat. Au centre de l'élément existe une véritable ulcération recouverte seulement par la couche cornée qui est intacte. Les lymphocytes s'insinuent entre les éléments du corps muqueux et dissocient complètement celui-ci. Il n'y a pas de cellules géantes. Les lésions ont régressé après 3 injections de golarsyl.

Louis Vissian.

6s. — *Nodosités.*

O. Forssman (Kristianstad, Suède). — **Réactions à la tuberculine négatives dans l'érythème noueux ou dans l'érythème polymorphe (Tuberculin negatives cases of erythema nodosum or erythema exsudativum multiforme).** *Acta Medica Scandinavica,* t. **126**, n° 4-5, 1946, pp. 393-410. Bibliographie.

La négativité persistante des réactions à la tuberculine dans l'érythème noueux n'est pas rare; chez l'enfant : 3 o/o sur 750 cas de Wallgren, 11,9 o/o sur 454 cas d'Ernberg et Gambinus, 19 sur 77 de Rollof; à tous âges : 3,6 o/o sur 335 cas de Mascher, 5,5 sur 182 de Rotnes, 8,7 sur 127 de Skiöld, 14,6 sur 157 d'Ardell. Il en résulte que certains cas sont dus à d'autres causes que la tuberculose (rhumatisme, streptococcie, maladie de Nicolas-Favre, etc.) et notamment à la maladie de Schaumann, traduisant alors un état d'anergie dans la nature tuberculeuse de cette affection (Lemming, Gravesen, etc...).

Étude de 11 cas personnels (observations rapportées) dont 7 d'érythème noueux et 3 d'érythème polymorphe. Dans 5 d'entre eux, l'examen histologique a été en faveur d'une lymphogranulomatose bénigne, malgré la difficulté parfois assez grande du diagnostic histologique de cette affection; cependant celui-ci a été à peu près certain dans au moins 3 cas. A. Touraine.

J. Troisier, G. Brouet et M. Duret. — **Erythème noueux et pleurésie séro-fibrineuse simultanée avec modification de l'allergie tuberculinique chez une femme de soixante ans.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris,* 42e série, n° 24-25, 8 juillet 1946, pp. 409-412. Bibliographie.

Observation d'une femme de 60 ans chez laquelle apparaît en même temps qu'une poussée thermique un érythème noueux typique des membres inférieurs et des avant-bras, ainsi qu'un syndrome d'épanchement liquidien de la base gauche, vérifié par ponction exploratrice qui ramène un liquide clair hyperalbumineux, à lymphocytes et amicrobien.

Pas de bacille de Koch par tubage gastrique.

Deux cuti-réactions se montrent négatives le 12 et 17 janvier; par contre, l'intradermo réaction est positive le 19. Une 3e cuti-réaction est positive à son tour le 31 janvier. L'éruption s'efface en une dizaine de jours ainsi que l'épanchement pleural qui ne laisse aucune séquelle radiologiquement perceptible.

Les auteurs concluent à l'étiologie tuberculeuse de cet érythème noueux pour laquelle plaident les caractères de l'épanchement pleural, discret, lymphocytaire, amicrobien et surtout les modifications des réactions tuberculiniques.

A ce propos les auteurs discutent longuement la question des anergies cutanées tuberculiniques chez les gens âgés.

Chez leur patiente on peut interpréter l'érythème noueux soit comme une manifestation de primo-infection tardive, soit comme une tuberculose de réinfection à type de primo-infection sur un terrain stérilisé ayant retrouvé un état humoral et tissulaire initial après tuberculisation antérieure. Georges Garnier.

6w. — *Dermatoses végétantes.*

Ricciardi (Rome). — **Sur un cas de dermatite chronique circonscrite des mains (Bosellini)** (Sopra un caso di dermatite cronica verrucoide circoscritta delle mani (Boselini). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **87**, fasc. I, avril 1946, pp. 52 à 59, 1 figure. Bibliographie.

L'A. fait observer que les manifestations auxquelles donnent lieu les dermatites végétantes ont donné lieu aux dénominations les plus diverses, ce qui tient à leurs

aspects extrêmement variés. Casazza a essayé de mettre de l'ordre dans ce désordre et il a proposé de classer ces dermatoses végétantes en deux catégories : l'une comprenant les variétés végétantes de dermatoses classiques, l'autre comprenant les dermatites pyogènes végétantes proprement dites. Un groupe intermédiaire serait représenté par des affections qui débutent par une forme pyogène non végétante au début et qui deviennent telles seulement dans un second temps, et par des formes pyogènes d'emblée.

Ricciardi après ces considérations fait l'exposé d'un cas qu'il a eu l'occasion d'étudier. Homme de 40 ans, dont la lésion débuta par un petit furoncle sur la face dorsale de l'articulation du poignet droit. Au bout d'un an cette lésion n'était pas guérie et au furoncle avait succédé une ulcération recouverte d'une croûte au-dessous de laquelle la surface ulcéreuse était irrégulière semée de petits pertuis et d'aspect verruqueux.

Examen bactériologique : staphylocoque blanc.

Ricciardi discute la classification nosologique de cette lésion et croit pouvoir la classer dans le second groupe de la classification de Truffi : forme verrucoïde de Bosellini.

Quelles sont les causes de cette évolution spéciale, chronique et verrucoïde ? atténuation de la virulence du germe pour les uns; pour d'autres, influences locales; pour d'autres enfin, influence du terrain.

Ricciardi pense que ces divers facteurs ne sont pas inconciliables et peuvent au contraire s'associer. BELGODÈRE.

7a. — *Dyschromies.*

K. SLOTTA et J. ALVES GUIMARAES (Sao Paulo). — **Contribution à l'étude du traitement du vitiligo par l'hormone mélanophore du lobe intermédiaire de l'hypophyse** (Contribuiaco ao estudo do tratamento do vitiligo pelo hormonio melanoforo da hipofise intermedia (Intermedina). *Arquivos de Dermatologia e Sifiligrafia de Sao Paulo*, vol. **9**, n° 2, juin 1945, pp. 47-60, 4 figures. Bibliographie.

Les A. traitent le vitiligo par des injections locales intradermiques de 0 cm³ 1 à 0 cm³ 3 d' « intermedine » préparée par Slotta. Au total, 2 centimètres cubes par jour pendant 20 jours, arrêt du traitement pendant 2 mois et reprise des injections espacées de 10 à 12 jours. L'action curative de cette préparation s'observerait également sur les lésions à distance. R. MOLLINEDO.

7e. — *Lichénification.*

A. ALECHINSKY. — **L'arsénothérapie locale des névrodermites.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 108-112.

L'A. présente des observations de névrodermites traitées par des injections de 1 à 2 centimètres cubes d'acétylarsan dans l'épaisseur du derme à l'endroit de l'affection à raison de 2 injections par semaine. Ces injections *in situ* permettent d'abréger considérablement le temps de guérison et sont d'une remarquable efficacité. LOUIS VISSIAN.

7i. — *Angioses.*

M. B. DUJARDIN. — **Télangiectasie en guêtre.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc. 1, novembre 1946, p. 65.

Jeune fille de 25 ans avec des télangiectasies fines sans veines variqueuses et disposées exactement en guêtre allant du dos du pied à la moitié inférieure des deux jambes.

Outre les pinceaux de télangiectasies, existent des atrophies de la peau, une agénésie pilaire et une très légère hyperchromie.

La malade serait sujette à des poussées d'angines fébriles qui auraient précédé le début de la télangiectasie en guêtre. LOUIS VISSIAN.

8a. — *Muqueuse buccale.*

Giulio ANZILOTTI (Livourne). — **Sur la cheilite abrasive (précancéreuse) (selon Anzilotti-Manganetti)** (Sulla cheilite abrasiva (precancerosa) (secondo Anzilotti-Manganotti). *Il Dermosifilografo*, années **20-21**, nos 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 321 à 339. Bibliographie.

L'A. rappelle un travail qu'il a publié en 1922 dans lequel il a décrit une lésion abrasive de la lèvre inférieure qui s'est terminée par la formation d'un cancer. Peu de temps après, le Pr Manganotti qui ignorait la publication du Pr Anzilotti a décrit une lésion identique.

Dans l'examen histologique de cette lésion on remarque une atrophie de l'épithélium avec des cellules altérées et des lésions du derme avec infiltration à type lymphomonocytaire et plasmocytaire accompagnées d'altérations des vaisseaux sanguins; parfois on observe la formation de perles épithéliales, même indépendamment de la formation de tout cancer.

L'A. croit qu'il s'agit là d'une lésion particulière qui ne correspond pas à des lésions d'autre nature. Il s'agit d'une forme à type inflammatoire, presque granulomateuse, avec altérations de l'épithélium et du derme primitives ou secondaires, qui constituent un terrain propice au développement du cancer sans que ce soit là une conséquence nécessaire.

L'A. entreprend une discussion sur les formes précancéreuses montrant quelles conceptions on doit avoir de celles-ci en les comparant avec les formes similaires de la peau. Il nomme la lésion étudiée « cheilite abrasive » en mettant entre parenthèses le terme « précancéreuse » pour indiquer la dégénérescence néoplasique possible. Comme traitement, il conseille une cure radicale, soit chirurgicale, soit au moyen des agents physiques. BELGODÈRE.

L. VAN DER MEIREN. — **Cheilite glandulaire chez un spécifique.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, février 1947, pp. 230-231.

L'A. présente un cas de cheilite suppurée superficielle (caractérisée par l'exagération des bourgeons interpapillaires du derme, par l'infiltration lymphoplasmocytaire autour des glandes et dans le chorion. Classification de Touraine et Solente) chez un malade avec des malformations dentaires et palatines et des réactions sérologiques fortement positives. Après 5 injections de bismuth l'épidermisation de l'ulcération est complète, mais il persiste un nodule à la palpation de la lèvre.

Ce cas représente pour l'A. un exemple de syphilis traumatique : une réaction syphilitique s'est constituée au niveau d'une plaie de la lèvre apparemment banale mais au niveau d'une zone de moindre résistance de l'organe malformé congénitalement. Dr LOUIS VISSIAN.

S. S. ROBINSON et S. TASKER. — **Moniliase chronique latente de la bouche. Muguet** (Chronic latent oral Moniliasis Thrush). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, no 1, janvier 1947, pp. 85-90, 3 figures.

Affection très fréquente chez les enfants, mais ayant jusqu'ici été peu étudiée surtout dans ses formes chroniques latentes.

Le cas rapporté ici concerne une fillette de 7 ans qui présentait une atteinte de la bouche et des lèvres depuis l'âge de deux ans sans atteinte du tube digestif

et de l'état général, mais ayant résisté à tous les traitements (locaux et généraux). Violet de gentiane, solutions iodées, etc..., diverses vitamines auto-vaccins, etc.... L'affection persistait encore à l'âge de 14 ans.

Il est intéressant de noter que la mère était atteinte de moniliase de la bouche et du vagin et l'enfant a pu, vraisemblablement, être contaminé lors de l'accouchement (d'où un traitement préventif chez la femme enceinte).

Pour Figi, cette moniliase chronique pouvait réaliser un état précancéreux (leucoplasie et épithélioma). L'affection peut, d'autre part, guérir spontanément.

L. Golé.

F. Parkes Weber. — F. Smith et R. Cooke. — **Macroglossie amyloïde**(Amyloid macroglossia). *The Lancet*, t. **252**, n° 6446, 1947, I, 15 mars, p. 347.

Comme suite à l'article de Baber sur ce sujet (*Lancet*, 8 février 1947). P. Weber rappelle les cas identiques de Weber (1937), Barnard (1938), Belote (1937) de syndrome de Lubarsch-Pick. Les deux autres A. en signalent deux nouveaux cas personnels, l'un chez un homme de 59 ans, avec rhumatisme déformant, insuffisance cardiaque, amylose de la langue, du cœur, des reins, de la rate, des surrénales, l'autre chez un homme de 61 ans, avec myocardite, amylose de la langue, du pharynx, de la rate, du cœur, des reins, des surrénales, du pancréas, des méninges, de la prostate, des poumons et de plusieurs muscles.

A. Touraine.

Bouchet et Labayle. — **Sur les éruptions bulleuses des voies respiratoires supérieures** *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, t. **13**, n° 7-8, juillet-août 1946, pp. 289-302, courte bibliographie.

Après avoir rappelé les caractères habituels des bulles des voies respiratoires supérieures (dont les sièges les plus fréquents sont le voile, le pilier antérieur et la luette, puis la paroi postérieure de l'oro-pharynx, puis le versant laryngé de l'épiglotte, puis les aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques) les A. établissent la classification suivante de ces bulles.

1° *Intoxications et brûlures* : iode, brome, arsenic, bismuth, antipyrine, gaz toxiques (ypérite, arsines).

2° *Bulles au cours de certaines infections spécifiques* (rares, mais élément de gravité) : érysipèle, syphilis, morve aiguë, lèpre, lichen plan.

3° *Bulles spécifiques* : pemphigus subaigu et chronique (formes nasale, laryngée, bronchique), pemphigus de l'enfant, éruptions bulleuses au cours des éruptions polymorphes.

3° *Éruptions d'intolérance* : maladie de Dühring-Brocq (un seul cas, de Bouchet et Klotz, 1942, dans le larynx), hydroa vésiculeux de Bazin, ectodermose érosive pluri-orificielle de Fiessinger et Rendu.

5° *Éruptions mal caractérisées* (peut-être dues à l'avitaminose).

A. Touraine.

8b. — *Muqueuse ano-génitale.*

H. Packer et A. Dulaney (Memphis, U. S. A.). — **Les tests de diagnostic dans le diagnostic différentiel des lésions ano-génitales** (Diagnostic tests in the differential diagnosis of anogenital lesions). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 69-80, 2 tableaux, courte bibliographie.

La positivité des recherches de laboratoire, chez 284 malades, a permis d'établir l'existence d'une seule maladie vénérienne dans 40,2 o/o des cas, de deux de

ces maladies dans 40,8, de trois dans 16,5, de quatre dans 0,4 et leur absence dans 2,1. La clinique avait posé le diagnostic de lymphogranulome vénérien chez 69 malades, de chancrelle chez 133, de syphilis chez 49, de granulome inguinal chez 25. de végétations vénériennes chez 6, de diagnostic douteux chez 61.

Dans la lymphogranulomatose, la réaction de fixation au lygranum est beaucoup plus sensible que le test cutané au lygranum (70 o/o contre 42 o/o). Dans la chancrelle, le test cutané au Ducrey a été positif dans 59 o/o (39 sur l'ensemble des malades), et la découverte du bacille de Ducrey a été positive dans 70 o/o. La sérologie de la syphilis a été positive chez 36 o/o de l'ensemble des malades. Les corpuscules de Donovan ont été trouvés chez 28 des 45 malades pour lesquels on avait posé le diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne.

A. Touraine.

J. E. Marcel. — **A propos des ulcérations du méat chez le jeune enfant.** *Soc. de Pédiatrie de Paris*, ■ avril 1946 ; *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, nº 3, 1946, pp. 271-273.

Relativement fréquentes de 1 à 3 ans, elles sont superficielles, périméatiques, de 3 à 6 millimètres sur 1 à 3, souvent infectées, croûteuses, entourées d'un halo érythémateux, avec, dans 20 o/o des cas, une atrésie congénitale du méat. Quelquefois, desquamation, érythèmes, ulcérations des régions voisines. Douleurs à la miction, dysurie, petites urétrorragies. Tous ces enfants ont un gland découvert (opérés d'un phimonis dans 90 o/o des cas, rituellement circoncis dans 10 o/o) et sont énurétiques.

Elles paraissent dues soit à des irritations mécaniques, soit à la macération par une urine ammoniacale (Brennemann, Zakarski, Cook). Cependant Marcel a toujours trouvé normal le *p*H des urines; il faut admettre une alcalinisation secondaire par fermentation.

Traitement : dilater le méat, neutraliser ou acidifier l'urine, légers antiseptiques, pansements de protection.

A. Touraine.

M. Favre. — **Sur une controverse médicale à propos du prépuce. Sur de prétendus méfaits de la circoncision et sur une prétendue maladie maladie de Stühmer.** *Le Journal de Médecine de Lyon*, année **28**, nº 652, 5 mars 1947, pp. 169-180.

Dans un long article, l'A. développe les idées déjà exposées par lui, ici-même (*Ann. Dermat.*, mai-juin 1944) sur l'identité de la balanite interstitielle et profonde, décrite par Fournier, avec le kraurosis pénien de Delbanco et avec la maladie de Stühmer (*Balanitis xerotica obliterans post-operationem*). Alors que Stühmer incrimine la circoncision, Favre, se servant des propres observations de cet auteur, rejette cette étiologie et rend responsable le phimosis que l'on observe toujours en pareil cas. Une circoncision prophylactique s'impose donc systématiquement en présence d'un gland encapuchonné de prépuce.

Jean Lacassagne.

M. Moore White. — **Ulcère de la vulve chez une jeune fille** (Ulcer of vulva in young girl). *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Dermatology*, 21 novembre 1946), t. **40**, nº 5, mars 1947, pp. 243-245, pas de bibliographie.

Jeune fille de 17 ans, vierge. Ulcérations récidivantes de la bouche depuis l'âge de 3 ans ; plusieurs ulcérations vulvaires depuis un an ; actuellement une vaste ulcération de la petite et de la grande lèvre droite. Toutes recherches de laboratoire négatives, hormis la présence de staphylocoque doré et blanc. Histologie : tissu fibreux avec infiltrats de lymphocytes, plasmazelles et macrophages.

L'A. accepterait le diagnostic d'érythème polymorphe [sans même mention des autres diagnostics possibles. *An.*].

Brain discute les affections qui peuvent être en cause, Wigley pense à la *periadenitis mucosa necrotica* de Sutton, Barber à l'ulcère aigu de Lipschutz. [Le diagnostic d'aphtose n'est pas envisagé. *An.*]. A. TOURAINE.

GUILLERMO. — **Traitement ambulatoire des hémorroïdes et des fistules anales en milieu militaire.** *Société de Médecine Militaire française.* Bulletin mensuel, année **40**, mai 1946, pp. 101-104.

L'auteur préconise des injections sclérosantes à base de glycérine additionnée d'une solution de novocaïne. Il en donne la technique précise. Ces injections n'entraînent que quelques heures d'indisposition ; six injections en général suffisent, au rythme de deux ou trois par semaine. Il n'y a eu aucun incident à signaler. Les guérisons ont été obtenues dans la proportion de 75 o/o.

L. FERRABOUC.

9a. — *Appareil pilo-sébacé.*

F. W. LYNCH et CH. D. COOK. — **Acné vulgaire traitée par la vitamine A** (Acné vulgaris treated with vitamin A). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 3, pp. 355-357.

Les rapports publiés jusqu'ici, sur la valeur de ce traitement, ne permettent guère de conclusions malgré l'opinion assez favorable de Straumfjord. Cornbleet n'a pu démontrer l'abaissement de la vitamine A dans le sang des acnéiques. Obermayer et Frost pensent que certains cas seulement sont améliorés par la vitamine A.

Les A. ont expérimenté la vitamine A à la dose quotidienne de 100.000 U. chez un groupe d'étudiants atteints d'acné. Sur 45 observations utilisables (la plupart de sexe féminin). 46 o/o de bons résultats (1 seul cas de guérison vraie), 27 o/o d'améliorations légères et 27 o/o d'insuccès. Le traitement doit être continué pendant 4 ou 5 mois. Mais un pourcentage assez faible d'acnéiques paraît devoir bénéficier de cette vitaminothérapie. L. GOLÉ.

A. TANISSA (Lisbonne). — **Traitement local de l'acné vulgaire par le sulfathiazol (2090 R P)** (Tratamento local da acne vulgar pela sulfatiazol, 2090 RP). *Imprensa Medica*, t. **10**, n° 14, 25 juillet 1944, pp. 242-243. Bibliographie.

En plus d'un traitement hormonal, l'A. utilise la préparation suivante en applications locales, matin et soir : sulfathiazol 2 grammes, eau de roses 3 grammes, diadermine 10 grammes. A. TOURAINE.

J. PRICE (Halifax, Canada). — **La dermatite séborrhéique** (Seborrhœic dermatitis). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **56**, n° 1, janvier 1947, pp. 25-27. Bibliographie.

Courte revue générale de vulgarisation. Cette dermatite est toujours précédée par la séborrhée. L'hypersécrétion sébacée est influencée par les hormones androgéniques, l'alimentation, les émotions. Des trois microbes en cause : *Pityrosporum ovale* (bac. bouteille de Sabouraud), *Bacillus acnei* de Gilschrist (microbacille de Unna et Sabouraud), *Staphylococcus epidermidis albus* de Welsh, le premier est de beaucoup le plus important. Description des formes cliniques et de divers traitements usuels. A. TOURAINE.

O. G. LOSTA et M. A. JUNQUEIRA (Bello Horizonte, Brésil). — **Alopécie marginale traumatique par traction sur les cheveux** (Traumatic marginal alopecia due to traction on the hair). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **48**, novembre 1943, pp. 527-532, 4 figures. Bibliographie.

Chez 55 négresses sur 100, au Brésil, on voit des plaques d'alopécie siéger en un point quelconque de la lisière du cuir chevelu, à la suite de tractions répé-

tées au cours de soins de la chevelure. Au début, la repousse est intégrale dès que les tractions cessent; à la longue, l'alopécie devient définitive, cicatricielle. Ce type, décrit au Brésil par Ribeiro, en 1937, paraît se confondre avec l'alopécie liminaire frontale de Sabouraud (1931), affection d'ailleurs rare en Europe (revue des cas publiés en France et ailleurs). A. TOURAINE.

C. H. BEEK (Voorburg, Hollande). — **La calvitie frontale chez la femme** (Calvities frontalis bei Frauen). *Dermatologica*, t. **93**, n° 4, 1946, pp. 213-218, pas de bibliographie.

Sur 64 femmes de plus de 35 ans, ce type de calvitie s'est observé dans 21 o/o des cas de 35 à 40 ans, dans 29 o/o de 40 à 70, dans 100 o/o après 70 ans. Sur 200 femmes enceintes, cette calvitie ne se voit pas avant 25 ans, dans 10 o/o de 25 à 35 ans, dans 26 o/o de 35 à 45 ans; pas plus qu'en dehors de la grossesse. L'accouchement ni l'allaitement n'ont pas davantage d'action nette.

La calvitie frontale se voit surtout après la ménopause, surtout chez des femmes d'aspect viril. Elle se constate aussi, quoique passagère, quelques mois après l'accouchement ou une fausse-couche. Sa cause est donc probablement une déficience dans la production des hormones génitales femelles.

A. TOURAINE.

9c. — *Ongles.*

Luigi BELLONI (Milan). — **Papillomatose du « cornu soli » sur des doigts hippocratiques** (Papillomatosi del « cornu soli » in dita ippocratiche). *Giornale italiano di Dermatologia et Sifilologia*, vol. **87**, fasc. V, novembre 1946, pp. 369 à 378, 7 figures. Deux pages de bibliographie.

L'A. rappelle les discussions auxquelles a donné lieu la déformation connue sous divers noms, dont celui de « doigt hippocratique » est le plus employé. On a voulu en faire une variété de l'ostéopathie hypertrophiante pneumonique décrite par Pierre Marie, mais des travaux ultérieurs ont démontré que la déformation et l'hypertrophie de l'extrémité digitale portaient uniquement sur les parties molles, sans aucune participation osseuse ni articulaire.

Belloni a observé un cas ou cette déformation digitale s'accompagnait d'une particularité curieuse. Il y avait en effet une hypertrophie du *cornu soli*, c'est-à-dire de la partie fertile antérieure du lit unguéal située dans l'angle aigu que forme la peau avec le bord libre de l'ongle. Cette portion de la peau produit, elle aussi, de la substance cornée qui se désagrège sous forme de squames lesquelles se mélangeant avec les impuretés venues de l'extérieur forment le liseré noir qui s'observe chez les sujets peu soignés. Chez l'homme ce *cornu soli* est un organe atrophié et rudimentaire, mais chez certaines espèces animales comme le chimpanzé par exemple, il est beaucoup plus développé. Chez le sujet observé, cette hypertrophie se manifestait par un angle unguéal notablement plus ample qu'à l'état normal et cet angle était occupé par une touffe de papilles très grèles entre lesquelles s'amassaient des débris cornés. En somme l'hypertrophie des parties molles qui constitue la déformation classique du doigt hippocratique s'accompagnait d'une hypertrophie du *cornu soli* intéressante au point de vue phylogénique.

Cette altération se manifestait à tous les doigts des mains et des pieds; il ne peut donc pas y avoir de confusion avec le papillome sous-unguéal décrit par divers auteurs. BELGODÈRE.

10c. — *Tumeurs mésodermiques.*

G. B. Mitchell-Heggs et M. H. Small. — **Leiomyomes cutanés** (Leiomyoma cutis). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 21 novembre 1946), t. **40**, n° 5, mars 1947, p. 249.

Femme de 43 ans. Début sur un avant-bras en 1928, puis nodules nombreux sur les avant-bras, la face, le cou, plus rares sur le thorax, l'abdomen, les cuisses. Bien de familial. A. Touraine.

10g. — *Tumeurs nerveuses.*

J. Cammermeyer. — **Tumeur des organes terminaux du tact** (Tumor of tactile end organs). *Archives of Pathology*, t. **42**, juillet 1946, pp. 1-11.

Une tumeur enlevée au doigt d'un homme de 50 ans s'est montrée formée d'une agglomération de corspuscules terminaux du tact, bien différenciés, et de fibres nerveuses imprégnées à l'argent, le tout encapsulé par une forte épaisseur de tissu conjonctif en fibrilles de collagène organisées comme dans les couches d'enveloppe des nerfs périphériques.

L'A. tend à admettre que le mécanisme le plus probable consiste dans un facteur d'inhibition du développement des terminaisons nerveuses et de leurs corpuscules tactiles. A. Touraine.

10i. — *Pré-cancérose de la peau.*

H. Gonin (Lausanne). — **Maladie de Paget du mamelon et carcinome mammaire.** *Dermatologica*, t. **93**, n° 4, 1946, pp. 240-242.

Femme de 49 ans, mère de 9 enfants. Rétraction congénitale du mamelon gauche ; depuis 10 ans, eczéma fixe sur l'aréole de ce sein. Aujourd'hui, limite nette, sans liséré, violent prurit et érosions. Glande sous-jacente douloureuse mais d'aspect normal. Biopsie cutanée : cellules claires de Paget sur quelques coupes. Exérèse du sein, pas de tumeur macroscopique mais nombreuses infiltrations par bourgeons épithéliaux avec monstruosités nucléaires et mitoses atypiques. Infiltration des ganglions de l'aisselle. Épithélioma alvéolaire. A. Touraine.

G. Miescher (Lausanne). — **Envahissement de l'épiderme, sous la forme d'une maladie de Paget, par les métastases cutanées d'un cancer du sein** (Unter dem Bilde eines Morbus Paget verlaufende Invasion der Epidermis durch intracutane Metastasen eines Mammacarcinoms). *Dermatologica*, t. **93**, n° 4, 1946, pp. 243-246, 2 figures.

Femme de 54 ans, cancer du sein droit, d'abord nodulaire puis, non traité, en cuirasse de toute la région, avec très nombreuses papules cutanées, intégrité relative de la région du mamelon sans aspect pagétoïde. Métastases dans le sein gauche, les ganglions. Biopsie de la peau : nombreuses cellules cancéreuses et cellules de Paget. A. Touraine.

10j. — *Pré-cancérose des muqueuses.*

A. Hobaek. — **Leucoplasie buccale** (Leukoplakia oris). *Acta odontologica Scandinavica*, Stockholm, 7 mai 1946, p. 61.

Entre 1932 et 1945, Hobaek a traité à l'Hôpital Norvégien du Radium 77 malades présentant une leucoplasie non compliquée. Dans cette même période, il a traité

également un total de 1.272 cas de cancer de la cavité buccale, y compris le cancer des lèvres.

Sur ces 1.272 cancers, 169 ont débuté sur une lésion de leucoplasie : 24 sur la joue, 44 sur la langue, 21 sur la gencive, 10 sur le palais et 70 sur les lèvres.

Dans une série de 246 cas de leucoplasie, on trouvait 181 hommes et 65 femmes, d'âge moyen 60,1 ans.

La plupart des hommes fumait beaucoup ou moyennement, aucune des femmes ne fumait.

Considérant le grand nombre de gens qui usent ou abusent du tabac et le nombre relativement faible de cancers ou d'états précancéreux de la cavité buccale, Hobaek pense qu'il faut une prédisposition individuelle pour que le tabac provoque une leucoplasie qui se cancérise ensuite. Dans les 246 cas de leucoplasie, 20 seulement avaient un Bordet-Wassermann positif ou une histoire de syphilis antérieure.

Sur 44 malades de cancer de la langue ayant débuté sur une lésion leucoplasique, 8 seulement avaient eu la syphilis.

Dans 12 cas seulement on trouva des dents cariées ou ébréchées et dans 29 cas des prothèses mal ajustées.

Le point principal dans l'étiologie de la leucoplasie est, pour l'auteur, l'irritation chronique d'une muqueuse prédisposée. L'irritation peut être mécanique, moins souvent thermique, chimique ou électrogalvanique.

L'électrocoagulation est le traitement de choix pour l'hyperplasie épithéliale non compliquée. Pour toutes les leucoplasies avec des signes de grosse atypie, il faut employer le radium ou l'électrocoagulation avec application ultérieure de radium.

La leucoplasie est la plus commune des affections précancéreuses de la cavité buccale. M. Balter.

M. Hyams et O. Bloom. — **Leucoplasie de la vulve** (Leucoplakia vulvae). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, t. **53**, n° 2, février 1947.

Étude de 18 cas et de leurs rapports directs avec l'hypo ou l'anacidité du suc gastrique et la diminution de la vitamine A dans le plasma. Cette dernière paraît avoir un rôle étiologique. Le traitement par 250.000 à 500.000 U. par jour de vitamine A par la bouche et par 50.000 U. en injection a eu des résultats remarquables. Aucun cas de cancer n'a été noté après 4 ans de surveillance; la leucoplasie de la vulve ne peut donc pas être considérée comme un état précancéreux. D'autre part, les œstrogènes n'ont eu aucune action; leur déficience ne paraît pas avoir de rôle étiologique. A. Touraine.

10k. — *Epithéliomas.*

A. Crozet (Bordeaux). — **Un cas d'épithélioma de la paupière suivi à quelques années d'intervalle d'un épithélioma du larynx de même structure histologique.** *Revue de Laryngologie, Otol. Rhinol.*, année **67**, n° 10, décembre 1946, pp. 733-736.

♂ de 63 ans. Épithélioma baso-cellulaire ulcéré de la paupière inférieure gauche, sans adénopathie. Excision en juillet 1943 ; cicatrisation normale. Depuis décembre 1945, dysphagie progressive. En décembre 1946, volumineux cancer bourgeonnant de la bande ventriculaire droite dans le larynx ; biopsie : « épithélioma pavimenteux à disposition papillaire ». A. Touraine.

A. Ennuyer et J. Rousseau. — **Le cancer des lèvres : étude et traitement de la lésion locale.** *Paris Médical*, année **37**, n° 11, 15 mars 1947, pp. 121-128 (9 photos).

Le cancer des lèvres représente une des indications majeures de la radiothérapie; le traitement chirurgical est en effet presque complètement abandonné aujourd'hui

comme thérapeutique initiale et ses indications sont surtout limitées aux cas où les radiations ont échoué.

Jusqu'à ces dernières années le radium était de préférence employé; cette thérapeutique, utilisée à la Fondation Curie jusqu'en 1940, a donné des résultats appréciables, puisque pour les petites et moyennes lésions le pourcentage des échecs n'a été que de 7 à 9 o/o et pour les lésions importantes de 40 à 70 o/o. Le chiffre de 70 o/o correspond aux lésions très vastes, accompagnées d'envahissement du menton, des narines ou des gencives.

Pour des raisons de commodité et d'économie, le radium tend aujourd'hui à être supplanté par la radiothérapie, en particulier par la radiothérapie de près, dite « de contact ». La technique actuellement employée à la Fondation Curie est la suivante :

Pour les lésions de petites dimensions, inférieures à 25 millimètres, et d'infiltration cliniquement perceptible à la palpation de moins de 1 centimètre : radiothérapie de contact à 50 kV.

Pour les lésions de dimensions supérieures à 25 millimètres et infiltrées cliniquement de plus de 1 centimètre : roentgenthérapie à 100 kV, soit seule pour les lésions moyennement infiltrantes, soit précédée d'une curiepuncture pour les lésions à infiltration marquée.

Pour les très grandes lésions, s'étendant aux maxillaires et aux joues (cas aujourd'hui de plus en plus rares) : roentgenthérapie à 200 kV.

Pour les thérapeutiques à 100 kV, on ne dispose pas encore d'un recul suffisant pour juger des résultats éloignés. La radiothérapie de contact semble par contre avoir donné d'excellents résultats, car le pourcentage des échecs, après un recul de trois à quatre ans, n'a pas dépassé jusqu'à ce jour 10 o/o des cas traités.

LUCIEN PÉRIN.

Jacques LAVEDAN et J. BESCOL-LIVERSAC. — **Un cas d'épithélioma momifié chez un enfant de huit ans.** *Paris Médical*, année **37**, n° 11, 15 mars 1947, pp. 134-138, 1 microphoto. Bibliographie.

A côté de l'épithélioma calcifié de la peau décrit par Malherbe et Chenantais, existe une forme d'épithélioma cutané où la calcification est légère ou absente et où les lobules épithéliomateux offrent par places l'aspect d'une véritable nécrose avec des éléments en apparence privés de vie et comme figés sur place, d'où le terme *d'épithélioma momifié* qui lui a été donné.

Les épithéliomas momifiés se rencontrent de préférence chez les enfants très jeunes et même chez les nourrissons. Ils se présentent cliniquement sous forme de tumeurs unique ou multiples, siégeant le plus souvent à la face ou au cou, variant du volume d'un pois ou d'une amande à celui d'une demi-orange, de consistance dure, adhérentes à la peau, mobiles sur les plans profonds, ne s'accompagnant pas de ganglions et évoluant avec une grande lenteur, sans tendance à la suppuration.

Les auteurs relatent une observation nouvelle de ce curieux type de néoplasme, survenue chez une fillette de huit ans. La tumeur, qui siégeait dans la région sous-angulo-maxillaire, a été excisée chirurgicalement et n'a pas récidivé. Constituée macroscopiquement par une coque fibreuse blanc nacré entourant un tissu uniforme, de consistance élastique, facile à couper et dépourvu en apparence de formations calcaires, elle comprenait histologiquement 3 zones concentriques : une zone périphérique d'épithélioma en activité, une zone moyenne de nécrose et de momification, une zone centrale ayant la structure des granulomes par corps étrangers. En aucun point il n'existait de calcification ou d'ossification.

Bien que la nature cancéreuse de ces tumeurs ait été mise en doute par cer-

tains auteurs qui les considèrent comme des tumeurs bénignes ne s'accompagnant jamais de métastases, leur activité proliférative, leur tendance parfois envahissante, leurs récidives possibles et leur structure histologique plaident en faveur de leur malignité. Considérés par les uns comme des dysembryoplasies, attribuées par d'autres à une dyscrasie générale favorisant la calcification des tissus, il semble qu'elles constituent des tumeurs primitivement malignes évoluant d'une manière spontanée vers une quasi-guérison sans qu'il soit possible de préciser la cause de cette évolution. LUCIEN PÉRIN.

J. CALVET et J. CLAUSE. — **Hérédo-syphilis des amygdales simulant un épithélioma (5 biopsies positives).** *Soc. de Méd. Chirurg. et Pharmacie de Toulouse*, décembre 1946, in *La Semaine des Hôpitaux*, t. **23**, n° 8, 28 février 1947, pp. 479-480.

Chez une fillette de 13 mois, aspect papillomateux blanchâtre des amygdales ; lésions indolores, ne saignant pas ; grosses adénopathies. 5 biopsies successives et pratiquées par des laboratoires différents trouvent un épithélioma spino-cellulaire indiscutable. Réaction de Wassermann positive chez le père, la mère et leurs trois enfants. Guérison complète après 6 mois de traitement antisyphilitique.

Cette observation se rapproche de celle de Ducuing, Bassal et Gadrat publiée à la même Société. A. TOURAINE.

10n. — *Nævo-cancers.*

MM. P. COGNIAUX et L. VAN DER MEIREN. — **Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des nævocarcinomes.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, février 1947, pp. 246-259.

Les A. (après observation de 55 cas de nævocarcinomes) rappellent l'intérêt du diagnostic précoce de cette variété néoplasique si virulente. La dissémination des nævocarcinomes peut se produire très rapidement et toute perte de temps peut compromettre définitivement le malade.

Le traitement de choix semble être l'exérèse large au bistouri électrique par coagulation-section, suivie éventuellement de greffes cutanées et complétée par une application de radium. Sauf en ce qui concerne les localisations du membre inférieur, l'A. n'est pas partisan d'un traitement chirurgical préventif au niveau du premier relais ganglionnaire. Le fait de prélever des biopsies en vue de confirmer le diagnostic ne présente pas de danger particulier de généralisation à condition que le traitement curatif soit exécuté à bref délai.

LOUIS VISSIAN.

10o. — *Cancer* (Généralités).

J. BECKER. — **Résultats cliniques du matériel d'observation. de 1906 à 1939, à l'Institut du cancer de Heidelberg** (Klinischer Erfolgsbericht über das stationäre Beobachtungsgut der Jahre 1906 bis 1939 des Heidelberger Krebsinstitutes). *Strahlentherapie*, t. **72**, 1943, pp. 351-403.

De cette étude, appuyée par 6.656 cas de tumeurs malignes, à déduire les éléments suivants qui intéressent la dermatologie.

PEAU. — *Épithéliomas* (10,5 o/o de l'ensemble) : radium contre les petits, radiothérapie par filtration progressive contre les cancers grands et ulcérés : 33 o/o de guérisons de 5 ans, 50,3 o/o de guérisons de 3 ans. *Cancer sur lupus* (102 cas), radiorésistants : 10,8 o/o de guérisons de 5 ans, 36,3 o/o de guérisons de 3 ans. *Tumeurs mélaniques* (53 cas dont 8 épithéliomas et 45 sarcomes) : après radiothéra-

pie intense, 24,7 o/o de guérisons de 3 et 5 ans au cas d'opération, 10,5 o/o de guérisons de 5 ans, 23,7 o/o de guérisons de 3 ans sans opération. *Cancer sur cicatrice de brûlure* (5 cas), résultats satisfaisants. *Cancer radiologique* (3 cas), sans résultat. *Sarcomes à cellules fusiformes* : 21,7 o/o de guérisons de 3 ans, 4,3 o/o de guérisons de 5 ans.

Lèvres (123 cas) : 25,6 o/o de guérisons de 5 ans et 30,8 o/o de guérisons de 3 ans au cas d'opération préalable; 16,7 o/o de guérisons de 5 ans et 33,3 o/o de guérisons de 3 ans sans opération.

Bouche. — *Cancer de la langue* (176 cas) : 19,2 o/o de guérisons de 5 ans, 38,5 o/o de guérisons de 3 ans au cas d'opération préalable; 7,3 o/o de guérisons de 5 ans, 12 o/o de guérisons de 3 ans sans opération. *Cancer de la joue* (40 cas) : 2 survies de 2 et 11 ans après opération préalable, 2 guérisons de 3 et 5 ans sur 38 cas seulement irradiés.

Organes génitaux. — *Cancer de la vulve* (55 cas) : 2 guérisons de 3 ans sur 14 cas avec opération préalable, 3 guérisons de 5 ans et 5 de 3 ans sur 41 cas inopérables. *Cancer de la verge* (28 cas) : 36,4 o/o de guérison de 5 ans et 45,5 guérisons de 3 ans sur 11 cas avec opération préalable; 1 seule guérison de 5 ans sur 17 cas inopérables. A. Touraine.

J. M. Montpellier et Mlle J. Montpellier. — **Le cancer en France d'outre-mer. Considérations pathogéniques.** Ouvrage de 400 pages ; prix : 350 francs ; librairie Ferraris, 43, rue Michelet, Alger (1947).

Ce livre qui, espérons-le, n'est qu'un commencement, fera époque, car il est passionnant; les A. abordent le problème du cancer par le côté répartition des tumeurs malignes de par le monde, et plus particulièrement en France d'Outre-Mer.

Une première partie, purement documentaire, rassemble les faits publiés à ce jour (auxquels s'ajoutent un certain nombre d'inédits), relatifs au cancer en Territoires français d'Outre-Mer. C'est une très précieuse mise à jour d'une documentation jusqu'ici éparse aux quatre coins de la littérature médicale.

Une deuxième partie, la plus étendue, dépouille ces faits et extériorise les caractères spéciaux de cette cancérologie exotique. Successivement sont envisagés : l'indice de fréquence du cancer en ces pays, la plupart tropicaux et équatoriaux, l'incidence, sur cette fréquence, de l'âge, du sexe, de la race, du sol, du climat, de l'alimentation, du degré de civilisation, des états pathologiques divers, etc...; le rapport sarcome-épithélioma, la question du mélanome, l'évolution générale du cancer, et enfin, chacune des grandes localisations du cancer : peau, tube digestif, foie, sein, squelette, etc....

Les A. ne manquent pas de confronter ces différents faits de cancérologie exotique avec ce que nous savons de la distribution et des caractères anatomo-cliniques du cancer en pays de civilisation moderne. Ce rapprochement, riche en enseignements, leur permet d'aborder à chaque pas la discussion de la pathogénie du cancer, à l'aide d'arguments jusqu'ici fort négligés.

Les conclusions de l'ouvrage, outre qu'elles précisent ce qui est désormais acquis en matière de tumeurs malignes en France lointaine, posent une série de questions qui touchent étroitement au problème du cancer.

En somme, remarquable et vaste enquête, accompagnée et nourrie de réflexions pertinentes, qui trouve sa place en toutes les bibliothèques médicales, dans un rayon parallèle à celui qui abrite les travaux de biologie cancérologique pure, et qui rendra les plus grands services aux chercheurs. Souhaitons que les deux auteurs, anatomo-pathologistes réputés, continuent cette étude passionnante par les notions nouvelles qu'elle apporte en pathologie générale, en médecine sociale et en pratique médicale. H. Gougerot.

P. Lehmann. — **Quelques données nouvelles sur la radiothérapie des cancers graves.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, n° 13, 7 avril 1947, pp. 830-841, 20 figures. Bibliographie.

Important article exposant les idées personnelles de l'A. Après un rappel des notions sur la radiosensibilité et la radiorésistance des tumeurs et des tissus normaux et des essais faits pour les améliorer, l'A. insiste sur l'intérêt des doses massives (5.000 à 10.000 r). On ne doit pas se laisser arrêter par l' « anémie des rayons » qui ne prend de valeur que si elle s'accompagne de leucopénie. Au contraire, une irradiation massive peut améliorer la formule sanguine et des doses de rayons très supérieures aux doses courantes peuvent être supportées. Une technique simple (pommade adrénalino-stovaïnée, hyposulfite de soude, etc.), permet d'augmenter artificiellement la tolérance de la peau et des tissus, doubler et même tripler la dose cutanée classique. On peut ainsi faire régresser des foyers cancéreux qui, par leur siège, leur étendue, leur structure, seraient inaccessibles aux doses classiques; ces foyers paraissent alors stérilisés d'une manière durable et ne se réveillent pas au cours d'une poussée évolutive ultérieure. On peut aussi associer les radiothérapies à distance et locale, pour traiter ainsi des métastases à localisations multiples.

17 observations résumées dont 10 avec photographies avant et après la radiothérapie. A. Touraine.

Ludovico La Grutta (Cagliari). — **Influence des rayons de Roentgen sur le développement des néoformations dues au méthylcholanthrène chez le lapin** (Influenza dei raggi Roentgen sullo sviluppo di neoformazioni dametilcolantrene nel coniglio). *Annali italiani di Dermatologia e Sifilografia*, année **2**, n° 1, juillet-août 1946, pp. 1 à 19, 5 figures. Bibliographie.

Parmi les recherches qui ont été faites pour élucider le problème de l'étiopathologie des tumeurs en général et du cancer en particulier, on a fait une place importante à l'étude de l'action des rayons X en raison de l'action que ces rayons exercent sur les protoplasmas et les cellules vivantes. En particulier, on a étudié l'action que pouvaient exercer les rayons X sur des tissus normaux soumis préalablement ou simultanément à l'action de substances qui stimulent la prolifération cellulaire. L'A. fait une revue générale des travaux qui ont été effectués dans cet ordre d'idées.

Il a entrepris lui-même des recherches de cet ordre soumettant à l'action des radiations des lapins dont l'oreille était soumise en même temps à des badigeonnages avec une solution benzolique de méthylcholanthrène, substance dont l'action cancérigène est bien connue. Il rapporte les protocoles détaillés de ses diverses expériences, qui ne peuvent se résumer, mais dont il tire les conclusions suivantes :

1° L'irradiation préventive ou simultanée de l'oreille du lapin avec des doses de rayons X variant de 775 à 3.786 r divisées en plusieurs séances rend constamment moins intense l'épaississement épidermique avec hyperkératose provoqué par des badigeonnages répétés de méthylcholantrène.

2° Les néoformations verruqueuses provoquées par le méthylcholanthrène se manifestent plus tardivement, sont moins nombreuses, ont un développement plus lent et atteignent des dimensions plus petites dans les zones de peau soumises à l'irradiation Roentgen aux doses sus-indiquées. Avec des doses plus fortes, jusqu'à 11.620 r, l'action empêchante sur les néoformations verruqueuses paraît moins évidente, ou même ne se manifeste pas du tout, probablement en raison d'une action à distance que de semblables doses peuvent exercer sur d'autres zones de peau non irradiées.

3° Vraisemblablement on peut admettre que l'action empêchante est due aux

effets inhibiteurs bien connus que les rayons X exercent sur les processus régénérateurs des éléments cellulaires des tissus dits labiles selon la classification de Bizzozzero.

4° Dans le plus grand nombre des expériences où le traitement par le méthylcholanthrène fut poursuivi pendant un temps assez long (13-17 mois), les lésions aussi bien sur la peau irradiée que non irradiée atteignirent seulement le stade de lésions verruqueuses qui, histologiquement, ont une structure analogue à celle qu'on observe d'habitude dans le phénomène bien connu de Fischer. Toutefois, en concordance avec les constatations macroscopiques, l'aspect histologique de ces néoformations, dans les zones de peau non irradiées, montre constamment des lésions d'intensité plus grande que dans l'oreille irradiée, en ce que les bourgeons épithéliaux atteignent des dimensions plus grandes et s'enfoncent plus profondément dans le tissu conjonctif, vers le cartilage mais sans l'atteindre.

Dans une seule expérience, poursuivie pendant 515 jours pendant lesquels furent pratiqués 195 badigeonnages de méthylcholanthrène, on voit apparaître sur l'oreille non irradiée une néoformation qui, par sa tendance infiltrative et destructive vers les couches profondes du derme et aussi vers le plan cartilagineux, pouvait avec vraisemblance être interprétée comme la phase initiale d'un vrai carcinome.

BELGODÈRE.

11c. — *Dermatoses congénitales bulleuses.*

W. SACHS, A. B. HYMAN et M. B. GRAY — **Epidermolysis bullosa.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 1, janvier 1947, pp. 91-100, 4 figures. Bibliographie.

Depuis le cas de maladie de Darier du type bulleux décrit par Pels et Goodman, des cas analogues ont été décrits sous des noms différents : pemphigus familial bénin chronique (Hailey et Hailey), dermatite herpétiforme (Ayres et Anderson), dermatose dyskératoïde (Frank et Rein), dermatose bulleuse familiale chronique bénigne (Franks et Traub) dont plusieurs cas ont été publiés récemment dans la littérature américaine (cf. Bibliographie).

Les A. pensent, en s'appuyant sur l'anatomopathologie, que ces diverses observations ne rentrent dans le cadre ni du pemphigus, ni de la dermatite herpétiforme, ni de la maladie de Darier. Pour les A., il s'agirait d'une variété d'épidermolyse bulleuse. Le caractère familial de l'affection se retrouve d'ailleurs généralement dans l'épidermolyse bulleuse.

L. GOLÉ.

J. H. LAMB et B. HALPERT — **Epidermolyse bulleuse chez les nouveau-nés** (Epidermolysis bullosa of the newborn). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 3, mars 1947, pp. 369-374, 4 figures.

Herlitz, en 1935, a recueilli 14 observations et a ajouté 8 cas personnels de cette affection rare dont les A. rapportent un cas personnel chez une fillette de 7 semaines, avec étude microscopique.

Depuis 1935, d'autres cas ont été publiés (Davidson, Brandberg, Schroder et Wells, Black, Wilhem, Gilbert et White). Au total 27 cas.

Le diagnostic des lésions bulleuses extensives du nouveau-né pose un problème parfois délicat (syphilis, impétigo bulleux). Le rôle du trauma (pression ou friction) est un signe important. Les bulles sont claires mais peuvent être à contenu hémorragique. La notion de cas de ce genre chez les ascendants et les collatéraux peut être utile. Herlitz pense, en effet, que cette épidermolyse bulleuse est de type récessif. Les 8 cas appartenaient à 3 familles (4 dans l'une et 2 dans les autres).

D'étiologie inconnue, ce « congenital defect » réside dans le fait que l'épiderme se sépare du chorion. Il atteint également la muqueuse buccale laissant indemnes les autres tissus. Aucune atteinte des muqueuses de l'œsophage, de l'intestin, de la vessie. Aucune anomalie à l'autopsie, en dehors des lésions cutanées. L. Golé.

E. A. Cockayne. — **Eruption bulleuse récidivante des pieds** (Recurrent bullous eruption of the feet). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 3, mars 1947, pp. 109-112, 1 pedigree. Bibliographie.

Nouvelle génodermatose constituée par l'apparition de bulles claires, parfois hémorragiques, aux pieds et quelquefois aux mains, spontanées ou après frottement, en saison chaude, disparaissant sans cicatrice. Pas d'atrophie ni de milium. Début dès l'âge de la marche.

Rappel de 13 observations familiales antérieures, depuis celle de Cockayne en 1938. Transmission héréditaire en dominance régulière (167 malades contre 138 normaux). Légère prédominance pour le sexe masculin (105 ♂, 77 ♀).

L'A. estime qu'il s'agit d'une affection différente de l'épidermolyse bulleuse [Il aurait été souhaitable que Cockayne expose en détails les motifs de cette différenciation car le tableau rappelle beaucoup celui de l'épidermolyse bulleuse simple. *An.*]. A. Touraine.

11d. — *Kératoses congénitales diffuses.*

Carlo de Gaudenzi (Turin). — **Sur quelques cas de maladie de Darier familiale héréditaire, à caractère dominant** (Su alcuni casi di malattia di Darier familiare ereditaria a carattere dominante). *Il Dermosifilografo*, années **20-21**, n°s 11 et 12, novembre-décembre 1946, pp. 289 à 304, 9 figures.

L'A. rappelle les incertitudes qui règnent à l'heure actuelle sur l'étiopathogénie de la maladie de Darier et il rappelle les différentes théories qui ont été émises. Le fait assez fréquent que, dans cette dermatose, on observe assez souvent des caractères d'hérédité et la concomitance d'autres altérations cutanées ou bien d'anomalies constitutionnelles sous la forme d'arrêts de développement avec des troubles psychiques a porté nombre d'auteurs à penser que la maladie de Darier pourrait avoir une origine nævique, consistant en une malformation cutanée qui s'extérioriserait avec les caractères de la maladie de Darier. Autrement dit, il s'agirait d'une génodermatose.

L'A. a eu l'occasion d'étudier huit cas de maladie de Darier. Cinq de ces cas appartenaient à une même famille, trois autres à une seconde famille. Dans la première famille, les premiers atteints étaient un frère et une sœur ; le premier s'étant marié a eu sept enfants dont trois ont été également atteints de maladie de Darier, deux garçons et une fille. Cette dernière a eu un enfant qui a été lui aussi atteint de la dermatose. Dans la seconde famille le grand'père paternel a été atteint de maladie de Darier ; il eut un fils et trois petits enfants : deux garçons et une fille. Le fils et les deux petites filles ont été atteints de maladie de Darier comme le grand'père ; la petite fille était indemne.

L'A. rapporte les observations de ces huit malades, qui ne diffèrent pas des descriptions classiques. Il est à noter que tous ces malades, en outre des altérations classiques de la peau, présentaient des lésions du palais et de l'œsophage sous la forme d'une éruption de petites papulettes.

En outre, fait intéressant chez trois de ces malades : la dermatose était apparue à la suite d'atteintes infectieuses : fièvre puerpérale, polyomyélite, paludisme.

Chez aucun d'eux par contre on ne constatait d'anomalies somatiques ni de troubles psychiques.

Mais chez tous ces malades, la dermatose était apparue à un âge déjà assez avancé et Castellino a émis l'hypothèse que les altérations somatiques et les troubles psychiques ne peuvent se manifester que lorsque l'apparition de la maladie est assez précoce. La peau et le système nerveux dérivent l'un et l autre du feuillet ectodermique, mais quand la différenciation est assez avancée il ne se produirait pas de retentissement sur le système nerveux. Mais comment expliquer les lésions œsophagiennes puisque l'œsophage dérive du mésoderme et non de l'ectoderme ? Et, si la maladie est due seulement à une altération ectodermique, comment expliquer le fait qu'on n'a observé jamais d'altérations endocriniennes alors que les glandes endocrines dérivent cependant de l'ectoderme ?

Aussi l'A. est-il enclin à se rallier aux vues de Meirowsky qui a appliqué à l'organe cutané la théorie des gênes de Weissmann.

Selon cette théorie, le plasma germinatif, résultant de la fusion des cellules germinatives mâles et femelles porterait déjà en lui-même les caractères définitifs du nouvel être ; si les germes auxquels correspond la peau sont pathologiques il se produira, par la suite, des anomalies de cet appareil dans ses différents éléments constituants.

L'A. pense donc que la maladie de Darier doit être incluse, comme l'a soutenu Bettmann, parmi les génodermatoses, c'est-à-dire parmi les dermatoses qui sont en relation avec les gênes reproducteurs, et la manifestation de la maladie peut être précoce ou tardive sous l'influence d'excitations qui rendent évidente une maladie restée jusqu'alors latente.

BELGODÈRE.

CACCIALANZA et VACCARI (Modène). — **Le métabolisme de la vitamine A dans la dyskératose folliculaire (Maladie de Darier)** (La metabolia della Vitamin A nella discheratosi follicolare (malattia di Darier). *Annali italiani di Dermatologia e Sifilografia*, année **11**, n° 11, juillet-août 1946, pp. 55 à 58.

Plusieurs auteurs ont observé de bons résultats dans le traitement de la maladie de Darier par la vitamine A. Ce fait a incité l'A. à étudier le métabolisme de la vitamine A chez un malade atteint de cette dermatose qui était apparue chez un prisonnier de guerre après de longs mois de carence alimentaire. Ces expériences, dont les détails techniques ne peuvent être rapportés, ont donné les résultats suivants :

1° Avant tout traitement, les valeurs de la vitamine A dans le sang se sont montrées très inférieures à ce qu'elles sont chez un sujet normal.

2° Après un traitement prolongé par voie parentérale au moyen de la vitamine A associée à la vitamine D, le taux de la vitamine A dans le sang s'est élevé progressivement jusqu'à atteindre, à la fin de la période de traitement, 175 U. I. o/o alors que le taux de départ était seulement de 6 o/o. Mais cette augmentation n'a pas été durable. Après cessation du traitement, le taux de la vitamine A s'est de nouveau abaissé jusqu'à revenir à son faible point de départ.

3° Les épreuves de charge avec une solution de vitamine A administrée par la voie parentérale n'ont pas produit de modifications sensibles du taux hématique de la vitamine A.

Après avoir discuté ces résultats, l'A. rappelle les hypothèses qui ont été émises par différents chercheurs sur le rôle de la vitamine A dans les processus oxydo-réducteurs des tissus, un rôle qui peut avoir une importance dans la formation et l'élaboration de la kératine.

Pour certains, cette vitamine exercerait un rôle inhibiteur sur la différenciation et la dégénérescence des épithéliums les conservant ainsi à un stade de moindre

différenciation mieux approprié aux exigences fonctionnelles locales. Rondoni estime que la carence en vitamine A amène une sénescence précoce de l'épithélium, tandis que l'excès de cette vitamine produirait une différenciation meilleure du cycle évolutif de la cellule épithéliale. Sur la base de ces rapports peut-être sera-t-il possible de trouver une explication de la genèse, pour le moment encore inconnue, de la dyskératose folliculaire de Darier.

BELGODÈRE.

D. BORELLI (Parme). — **Considérations sur l'épidermodysplasie verruciforme de Lewandowsky-Lutz** (Considerazioni sulla epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky-Lutz)). *Dermatologica*, t. **93**, n° 4, 1946, pp. 195-212, 6 figures. Courte bibliographie.

Homme de 20 ans. Consanguinité des parents. Une sœur de 10 ans atteinte de verrues vulgaires du cou, 4 frères normaux. Début à 3 ans, sur le front, entre les épaules puis sur le dos des mains, le cuir chevelu (macules pigmentaires), l'abdomen, les avant-bras. Nombreux nævi pigmentaires sur tout le corps.

Discussion du diagnostic clinique. L'A. insiste sur l'existence, en plus de la vacuolisation habituelle des cellules épidermiques, de petites cellules en biais ou horizontales, vacuolisées, isolées ou en groupes, au-dessous des cellules de la couche basale. Ces cellules rappellent les cellules claires des nævi et sont un argument en faveur de l'origine nævique de l'épidermodysplasie, comme la maladie de Darier.

L'A. pense que son cas lui permet de ne pas se ranger à l'avis de Lutz lui-même qui a conclu (*Dermatologica*, 1946, 30) à l'analogie de l'affection qu'il a décrite avec les verrues infectieuses.

A. TOURAINE.

11e. — *Kératoses congénitales circonscrites.*

L. SEMMOLA. — **Syndrome de Jadassohn-Lewandowsky.** *Il Dermosifilografo*, nos 5-6, mai-juin 1946.

Chez deux petites filles de 8 et 9 ans : kératose palmo-plantaire en aires, pachyonychie, kératose folliculaire, leucoplasie de la muqueuse buccale.

A. TOURAINE.

11g. — *Atrophies congénitales.*

M. JEUNE, J. ROUX et J. MARTIN. — **A propos du syndrome d'Ehlers-Danlos. Formes fruste et caractères héréditaires.** *Réunion lyonnaise de Pédiatrie*, 17 mars 1946, in *Le Journal de Médecine de Lyon*, n° 656, 5 mai 1947, p. 351 et *Arch. franç. de Pédiatrie*, t. **3**, n° 6, 1946, pp. 547-551.

Dans une *première famille*, le père, âgé de 52 ans, et une fille de 10 ans présentent une forme complète. Le grand'père paternel aurait eu une hyperlaxité articulaire. Les réactions de la syphilis sont partiellement positives chez le père ; nombreux avortements et naissances prématurées dans la famille.

Dans une *deuxième famille*, la mère et ses trois enfants ont une forme atténuée : fragilité cutanée, cicatrices atrophiques sans tumeurs molluscoïdes, légère hyperélasticité cutanée sur les membres, laxité articulaire aux mains.

Les A. critiquent le rôle de la syphilis et admettent qu'il s'agit d'une affection héréditaire transmise en dominance. Celle-ci paraitrait beaucoup plus fréquente si l'on tenait compte des cas frustes ou atténués.

[Les A. rappellent 4 observations familiales françaises et affirment que « la bibliographie se montre particulièrement pauvre de faits précis concernant le caractère familial de ce syndrome ». Quelques recherches bibliographiques leur auraient

facilement permis d'en retrouver une vingtaine d'autres. Le caractère héréditaire en dominance de l'affection est généralement admis. *An.*].

A. TOURAINE.

R. STEINMETZ (Genève). — **Syndrome de Grœnblad Strandberg.** *Dermatologica*, t. **93**, n° 4, 1946, pp. 222-225, 4 figures, pas de bibliographie.

♀, 47 ans. Début du pseudo-xanthome élastique au cou, puis dans les plis et sur la lèvre inférieure, vers 37 ans. Début des troubles oculaires vers 44 ans ; à droite : dégénérescence disciforme de la région maculaire et restes d'hémorragies en nappe ; à gauche : quelques petites hémorragies, petites stries angioïdes des deux côtés. Chimie du sang normal, calcium 1,10, cholestérol 2,10, protéines 87, sérine 49, globuline 25, urée 42. Tension 10,5-6. Tendance à l'obésité ; ovariectomie unilatérale en 1943. Une fausse couche, 3 garçons dont un avec obésité et un avec strabisme. Diagnostic confirmé par la biopsie cutanée. Calcifications des hiles pulmonaires.
Rappel de l'élastorrhexie systématisée de Touraine.

A. TOURAINE.

11i. — *Affections congénitales du système pileux.*

C. H. WHITTLE. — **Une nouvelle dysplasie ectodermique héréditaire, avec comédons groupés** (A hereditary ectodermal dysplasia, hitherto not described, including grouped comedones). *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Dermatology*, 21 novembre 1946), t. **40**, n° 5, mars 1947, pp. 251-252, un pédigrée.

Brève observation d'une femme de 40 ans à peau épaisse et sèche. Depuis la puberté, comédons groupés sur le nez, les sillons naso-labiaux, le menton, les épaules, les aisselles, les seins, les aines, les olécrânes, les rotules. Une corne cutanée sur la joue gauche. Amélioration après chaque grossesse. La mère, ses deux sœurs ont les mêmes anomalies ; ses 13 enfants sont normaux.

Parkes Weber y voit un cas de « dermatite folliculaire hyperplasique familiale », affection qu'il considère comme non exceptionnelle.

A. TOURAINE.

11m. — *Angiomes.*

S. SILVERMAN. — **Tumeurs vasculaires de la moelle épinière avec angiomatose cutanée** (Vascular tumors of the spinal cord associated with skin hemangiomata). *British Medical Journal*, t. **33**, avril 1946, p. 307.

Femme de 47 ans. Angiome congénital s'étendant, à gauche, de C_5 à D_{10}. Tumeur vasculaire extradurale, du 6e au 10e segment thoracique, confirmée par l'opération.
Revue générale des faits analogues

A. TOURAINE.

11o. — *Neuro-ectodermatoses congénitales.*

M. LEFRANC (Alger). — **Maladie de Bourneville. Etude comparative de quatre cas.** *Soc. médicale des hôpitaux d'Alger*, 30 mars 1946 ; *L'Algérie Médicale*, juillet-août 1946, n° 4, pp. 356-358.

Bref rappel ou exposé de quatre cas :

1° ♂, 18 ans. Début dans les premiers mois de la vie. Adénomes sébacés de Pringle avec nombreux petits neurofibromes sur le reste du corps et taches pigmentaires. Crises épileptiformes dans l'enfance. Arriération mentale.
2° ♀, adulte, indigène. Début à 30 ans, après une grossesse. Calcifications intracraniennes **probables**.

3° ♂, 9 ans. Adénomes type Pringle, tumeurs nombreuses sur tout le corps, taches pigmentaires, peau de chagrin dorso-lombaire, crises épileptiformes, idiotie.
4° ♂, 7 ans. Adénomes de la face, petits neurofibromes sur tout le corps, peau de chagrin dorso-lombaire, crises épileptiformes, troubles du caractère.

Ainsi, dans 3 cas sur 4, association de l'epiloïa ou sclérose tubéreuse avec la maladie de Recklinghausen. A. TOURAINE.

11p. — *Maladie de Recklinghausen.*

E. LINDENMEYER (Aarau). — **Contribution à la forme intestinale de la neurofibromatose de Recklinghausen.** Beitrag zur intestinalen Form der Neurofibromatosis v. Recklinghausen). *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, année **77**, n° 14, 5 avril 1947, pp. 396-397. Bibliographie.

Rappel de 14 observations antérieures de neurofibromes de l'intestin, dont la première est de Recklinghausen.

Chez un homme atteint de douleurs abdominales et de réaction péritonéale avec 38°9, la laparotomie montre une perforation à la partie terminale de l'iléon au niveau d'un neurinome œdémateux, bleu noirâtre. Récidives 1 an et 3 ans plus tard ; opération, trois nodosités sont extirpées sur le côlon descendant et l'anse sigmoïde, qui sont des neurofibromes. A. TOURAINE.

E. B. STREIFF (Lausanne). — **Association de phakomatoses. A propos d'un cas de neurofibromatose de Recklinghausen avec hémangiome cutané naso-frontal.** *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, t. **19**, n° 1, janvier 1947, pp. 36-40, 2 figures, pas de bibliographie.

Rappel [incomplet, *An.*] de cas d'associations de deux phacomatoses de Van der Hœve chez un même sujet.

Femme de 44 ans. Hémiparésie gauche à 24 ans, céphalées vives et lombalgies. Angiome du frontal et de l'ophtalmique de V_1 droit. Nombreux petits neurofibromes (confirmés par biopsie) sur le dos et l'abdomen. Tortuosités et dilatation des vaisseaux conjonctivaux et épiscléraux. Pas de signes radiologiques d'angiomes intracraniens. Liquide céphalo-rachidien normal. Dilatation des ventricules latéraux. Arriération mentale. Pas de signes de dysraphie (rappel de quelques observations où existait une telle association). A. TOURAINE.

L. FRANCK. — **Maladie de Recklinghausen.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 1, janvier 1947, pp. 109-110.

Observation familiale de maladie de Recklinghausen, où l'affection peut être retrouvée dans cinq générations (hérédité en dominance simple).

L. GOLÉ.

11t. — *Polydysplasies congénitales.*

J. A. LIÈVRE — **Sur la maladie d'Albright.** *Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 4e série, année **63**, nos 7 et 8. Séance du 28 février 1947, pp. 132-138, 1 tableau.

Albright a décrit en 1937, avec Butler, Hampton et Smith, un syndrome caractérisé par une ostéite fibreuse disséminée, des aires de pigmentation et un dysfonctionnement endocrinien, avec puberté précoce dans le sexe féminin. Une alopécie en zones peut s'ajouter aux symptômes qui précèdent (Dockerty, Laplane). C'est à ce syndrome dit *maladie d'Albright* que J. A. Lièvre consacre une étude d'ensemble en partant des 54 cas connus à ce jour.

Il insiste en particulier sur les lésions osseuses, constituées par des *ostéites*

fibreuses ou fibro-kystiques étendues ou disséminées, mais toujours localisées, pouvant affecter tous les os, mais respectant d'ordinaire les épiphyses. Il n'existe pas de décalcification généralisée et l'on trouve, au contact des lésions fibreuses ou des cavités médullaires élargies, des zones de densité normale ou excessive. Le crâne, s'il est atteint, présente une augmentation de volume, des bosselures, un aspect pagétoïde localisé ou généralisé, des zones géodiques, une condensation ou une éburnation de la base. La face offre souvent des lésions analogues. Les os longs sont atteints de même d'une manière unilatérale ou bilatérale, mais non symétrique. Cette dysplasie fibreuse des os se retrouve sous des noms divers dans la maladie osseuse de Recklinghausen, l'ostéite fibreuse ou fibro-kystique généralisée, l'ostéite fibreuse localisée, les kystes multiples des os, etc., sans que le problème de sa nature soit réellement élucidé. Il s'y surajoute parfois, dans la maladie d'Albright, des lésions de xanthomatose osseuse avec cellules xanthomateuses à protoplasme spumeux, liées vraisemblablement à la phagocytose des lipoïdes libérés par la désintégration cellulaire et qui pour l'auteur seraient purement contingentes.

La *pigmentation cutanée* se présente sous forme de taches ou de nappes pigmentaires planes, souvent assez vastes, de teinte café au lait, siégeant particulièrement à la nuque, au dos, aux lombes et aux fesses. Ces pigmentations sont souvent limitées par la ligne médiane ou offrent une topographie en bandes comme les nævi pigmentaires. Elles sont le plus souvent congénitales et ne présentent en rien le type des pigmentations endocriniennes.

La *puberté précoce* est un symptôme habituel dans le sexe féminin (23 fois sur 27 cas). Les règles peuvent apparaître dès les premiers mois de la vie, généralement dans la seconde enfance entre deux et dix ans. Les caractères sexuels secondaires apparaissent après l'écoulement menstruel. La prématuration réalise en pareil cas un type féminin normal, et jamais rien d'un virilisme; elle ne s'accompagne d'aucun symptôme pathologique ni en général de lésions nerveuses ou endocriniennes apparentes.

La prématuration sexuelle fait en général défaut chez le garçon, où elle peut cependant s'observer d'une façon exceptionnelle.

La prématuration du squelette est habituelle; elle se traduit par une croissance précoce, une ossification prématurée, une soudure épiphysaire rapide, et en conséquence par une taille petite.

Le retard mental, la faiblesse intellectuelle ont été observés. On a signalé de même des anomalies ou affections constitutionnelles diverses : anévrysmes artério-veineux, anévrysme sacculaire de l'aorte, atrophie d'un rein, alopécie en zones, dystrophies oculaires, symptômes nerveux variables : atrophie optique, abolition des réflexes tendineux ou cutanés, signe de Babinski, etc....

Dans l'ignorance où l'on se trouve de la nature de cette affection, l'auteur incline à penser qu'il s'agit là de la réunion de symptômes de nature constitutionnelle ne présentant entre eux ni liens obligatoires, ni rapports apparents de causalité, et liés selon toute vraisemblance à des caractères génétiques.

Lucien Périn.

L. Spira (Londres). — **Anidrose hypotrichosique avec anodontie** (Congenital ectodermal dysplasia). *Acta medical scandinavia*, t. **127**, fasc. 6, 1947, pp. 570-600, 11 figures, longue bibliographie.

♂, 31 ans ; parents et 3 frères et sœurs normaux ; 3 dents (sorties à 9, 10 et 11 ans, arrachées à 21) ; forte hypotrichose ; fragilité de l'ongle des gros orteils, anidrose marquée, intolérance à la chaleur (forte salivation en été), constipation, voix rauque, pas de troubles psychiques ; ambidextre ; légère ostéoporose du crâne et de quelques os longs ; persistance de quelques orifices de glandes sudoripares à la pulpe

des doigts sur les empreintes digitales, absence partout ailleurs ; une légère sueur visible sur le front, à la chaleur, est due à la perspiration.

L'A. pense que cette chaîne polydysplasique n'est pas héréditaire à proprement parler mais que, plutôt acquise, elle est due à la transmission transplacentaire d'une intoxication de la mère par le fluor; beaucoup des manifestations de la polydysplasie sont, en effet, identiques à celle de l'intoxication par le fluor; elles pourraient ainsi être évitées. A. Touraine.

15b. — *Maladies vénériennes* (Statistiques).

A. Cavaillon. — **Institut national d'hygiène. Statistiques vénériennes.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **18**, n° 9, septembre 1946, pp. 576-580, 2 diagrammes.

D'un sondage effectué dans 30 villes importantes de France, il résulte que les maladies vénériennes sont en recrudescence régulière depuis 1940. Voici les nombres des déclarations enregistrées chaque année de 1939 à 1946 pour la syphilis.

Paris et Seine : 533, 496, 486, 835, 936, 1106, 852, 1560; 16 villes de la zone nord : 154, 137, 141, 300, 375, 336, 358, 601; 13 villes de la zone sud : 193, 238, 143, 163, 197, 304, 294, 522. A. Touraine.

J. Renard. — **Statistiques des maladies vénériennes.** *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, t. **1**, n° 1, janvier-mars 1946, pp. 18-24, 6 cartes.

Le nombre des cas déclarés en application de la loi du 31 décembre 1942 a été, pour toute la France :

1er trimestre 1945 : 5.769 blennorragies, 2.328 syphilis primo-secondaires, 195 chancrelles.

2e trimestre 1945 : 8.333 blennorragies, 2.655 syphilis primo-secondaires, 269 chancrelles.

« Ces chiffres sont manifestement très inférieurs au nombre vraisemblable des cas, particulièrement en ce qui concerne la blennorragie. »

Les cartes annexées indiquent le nombre de cas déclarés par département.

A. Touraine.

Vernier et Mlle Chevalier. — **Statistiques et origine des maladies vénériennes récentes dans le département de Seine-et-Oise.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 4, avril 1946, pp. 265-268.

En 1945 : 271 syphilis et 710 blennorragies. Origine des syphilis pour 168 cas : prostituées de maison : 7 ♂ ; prostituées libres ou clandestines : 37 ♂ ; amis de passage : 22 ♂ . 29 ♀ ; amis réguliers : 18 ♂, 13 ♀ ; époux : 13 ♂, 20 ♀ ; non vénérienne : 3 ♂ , 1 ♀. A. Touraine.

J. Gaté, P. Robin et P. Violet. — **Un an de déclaration des maladies vénériennes dans le département du Rhône.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **27**, n° 639, 20 août 1946, pp. 609-611.

Cette intéressante statistique de l'année 1945 révèle d'abord le peu d'empressement que mettent les médecins praticiens à faire les déclarations prescrites par la loi, elle fournit aussi cette paradoxale constatation que le pourcentage des contaminations imputables à la prostitution surveillée est plus fort que celui de la prostitution clandestine ! Enfin elle montre que le nombre des agents contaminateurs ayant pu être retrouvé est relativement faible (21 o/o pour la blennorragie, 31 o/o pour la syphilis primaire). La recrudescence marquée des maladies vénériennes due à l'état de guerre diminue en fin d'année et cette régression semble se

poursuivre en 1946. Très judicieusement, les A. considèrent que cette amélioration spontanée de la morbidité vénérienne s'accentuera ultérieurement et qu'il faudra tenir compte de cette tendance « pour interpréter les chiffres que donneront les statistiques ultérieures avec l'application des mesures législatives récentes en matière de prostitution ». JEAN LACASSAGNE.

A. BIGOT. — **Aspects de la tuberculose pulmonaire chez les Annamites du Tonkin.** *Médecine tropicale*, année **5**, n° 3, septembre 1945, pp. 193-206.

Dans ce travail sont à relever les données suivantes qui intéressent la dermato-vénéréologie :

Pour les consultants, la syphilis occupe le premier rang, la blennorragie le deuxième, la tuberculose le troisième, la lèpre le quatrième, sur un total de 6.163.650 consultations, en 1940, dans toute l'Indochine.

Pour les hospitalisés (68.000 cas), le paludisme compte pour 45.594 entrées (avec 3.214 décès), la syphilis pour 7.116 (avec 154 décès), la tuberculose pour 6.745 (avec 1.199 décès) et la lèpre pour 4.830 (avec 662 décès). A. TOURAINE.

D. PARKER. — **La situation vénérienne en Angleterre.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 4, avril 1946, p. 320.

D'après les chiffres officiels du Ministère de la Santé, le nombre des maladies vénériennes déclarées aurait été en 1944 : 28.507 syphilis, 733 chancrelles, 32.036 blennorragies (dans le même ordre : 30.697, 902 et 33.875 en 1943; 28.509, 1.145 et 34.796 en 1942; 21.138, 1.156 et 38.173 en 1941; 16.379. 997, et 31.438 en 1940; 16.950, 943 et 35.851 en 1939; 13.162, 920 et 36.101 en 1938).

Donc, augmentation nette de la syphilis, poussée du chancre mou en 1941 et 1942, très légère diminution de la blennorragie. A. TOURAINE.

X.... — **Maladies vénériennes au Canada.** *Public Health Reports*, t. **61**, n° 52, 27 décembre 1946, p. 1897.

Dans la semaine du 9 au 16 novembre 1946 le bureau de statistique du Canada a reçu 394 déclarations de blennorragie et 268 de syphilis. A. TOURAINE.

R. GILLMAR. — **Industry versus venereal disease** (Lutte contre les maladies vénériennes). *Journal of Social Hygiene*, février 1945.

Exposé de la situation aux U. S. A.

Morts déclarées comme dues à la syphilis : 12 pour 100.000 habitants en 1900, 14,4 en 1940.

Cas constatés dans l'armée : 80 o/oo et par an en 1819, 160 pendant la guerre du Mexique, plus de 200 pendant la guerre civile, puis régression progressive vers 80, 160 pendant la guerre hispano-américaine, 140 jusque vers 1912, chute brusque après les lois prophylactiques, 100 pendant la première guerre mondiale, 30 en 1942 et en 1943. A. TOURAINE.

C. H. GREVE. — **Les maladies vénériennes dépistées dans un service de sélection** (Venereal diseases found in selective service registrants). *Amer. Journ. of Public Health*, t. **36**, juillet 1946, pp. 751-758.

Sur 15 millions de candidats examinés depuis novembre 1940, une maladie vénérienne a été constatée chez 5 o/o (2 o/o pour les blancs, 22 pour les nègres). Forte poussée de la syphilis à partir de 1942. Après la paix, 2,4 o/o ont été refusés pour syphilis et 0,7 pour blennorragie compliquée (chiffres correspondants : 3,7 et 0,4 en 1942; 1,5 et 0,1 en 1943; 0,4 et 0,03 en 1944).

A. TOURAINE.

X... — **Statistiques de la syphilis et de la blennorragie pour les deux premiers mois de 1946 dans les Etats-Unis (états métropolitains)** (Cases of Syphilis and Gonorrhea reported for the first 2 months of 1946 in States). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 6, juin 1946, p 168.

Cas totaux de syphilis : 55.258; syphilis primaire et secondaire : 15.920; syphilis récente latente : 16.786; syphilis ancienne latente : 17.501; syphilis congénitale : 1.746; blennorragie : 60.454.

(A ces chiffres manquent la Géorgie, la population des États de New-York, du Maryland, de Pennsylvanie en dehors des capitales). A. Touraine.

R. Dyar et J. Scholtz (U. S. A.). — **Les maladies vénériennes dans les forces américaines aériennes du continent, de 1942 à 1944** (Venereal Disease in the Army Air Forces in the continental United States, 1942-1944). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and venereal Diseases*, t. **30**, n° 2, mars 1946, pp. 99-109.

Sur 1.000 hommes, 30 cas de maladies vénériennes en 1942, 22 en 1943 (16 chez les blancs, 125 chez les noirs), 28 en 1944 (21 chez les blancs, 136 chez les noirs), dont 1,7 en 1943 et 1,6 en 1944 de syphilis chez les blancs, 27 en 1943 et 24,5 en 1944 chez les noirs.

La perte de jours de travail a été, en moyenne et toujours sur 1.000 hommes et par an, de 251 jours (181 pour les blancs, 1.058 pour les noirs) en 1943, de 112 jours (81 pour les blancs, 572 pour les noirs) en 1944.

A. Touraine.

Sternberg et Larimore. — **L'apport de l'armée à la lutte antivénérienne aux Etats-Unis après guerre.** *Journal of the American Medical Association*, 27 janvier 1945, d'après *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, pp. 372-375.

La proportion des maladies vénériennes s'est élevée de 26,3 o/oo en 1943 à 36 o/oo à la fin de 1944. « Ces maladies, chez les hommes revenus aux États-Unis, ont été acquises *à leur retour*, ce qui s'explique en partie par la lassitude d'un service militaire prolongé et par la conviction que les femmes américaines sont exemptes de maladies vénériennes ». Cependant les nouveaux traitements, en particulier la pénicilline, ont fait tomber les journées de maladie par affections vénériennes de 1.280 en 1940 à moins de 300 en 1944 [!].

On compte 6 à 7 blennorragies pour 1 syphilis. Celle-ci aurait diminué de 20 o/o dans l'armée en 1944 [!]. A. Touraine.

X... — **La syphilis à Buenos-Aires.** *Semana medica*, 4 novembre 1943, d'après *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, p. 362.

En 1942 : 131 syphilis primaires et 99 syphilis secondaires. En 1943 : 205 syphilis primaires et 150 syphilis secondaires. Donc augmentation nette.

A. Touraine.

15c. — *Maladies vénériennes* (Sociologie).

Sicard de Plauzoles et P. Perrin. — **De l'interdépendance des grands fléaux sociaux. Alcoolisme, tuberculose, maladies vénériennes.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **18**, n° 10, octobre 1946, pp 653-660.

Étude aux vues larges et hautes sur les rapports qui unissent d'une part l'alcoolisme et la tuberculose, d'autre part l'alcoolisme et les maladies vénériennes (75 o/o environ des contaminations se produisent, d'après Forel, sous l'influence de l'alcool; l'alcool favorise les crimes et délits sexuels, etc...).

A. Touraine.

Margaret WAILES et Hilda JOHNS. — **Social aspect of the venereal diseases** (Aspect social des maladies vénériennes). *British Journal of Venereal Diseases*, mars 1945.

Contrairement à l'opinion de beaucoup de spécialistes, Wailes admet que l'alarmante augmentation des maladies vénériennes est le fait de la prostituée « amateur » plus que de la professionnelle, surtout dans les basses classes.

A signaler une enquête sur 46 femmes d'hommes atteints de maladies vénériennes (dont 13 niaient tout rapport extra-conjugal). Seize de ces femmes ont admis des rapports extra-conjugaux (10 étaient infectées), 13 les ont niés (dont 4 infectées) et 17 n'ont donné aucun renseignement (dont 10 infectées); 13 d'entre elles ont accusé leur mari de leur propre contamination, ce qui n'a pas toujours été vrai.

Sur 216 hommes contaminés par « passades », 145 l'ont été en maison publique, 17 en maison de danse, 24 dans la rue, 18 dans les gares, 4 dans les cafés, 8 dans diverses conditions. A. TOURAINE.

X... — **Sources et modes des contaminations vénériennes dans l'Armée de l'air canadienne** (Sources and Modes of Venereal Disease Infection in the Royal Canadian Air Force). *Canadian Medical Association Journal*, nº 5, novembre 1944, pp. 397-403.

Sur 1.764 cas étudiés en 1943, 38,3 o/o ont donné lieu à des indications utilisables sur l'agent contaminateur; 91 femmes ont été retrouvées sur 140 qui avaient été recherchées.

7 o/o des contaminations ont été dues à des professionnelles.

Ivresse dans 50,5 o/o des rapports sexuels avec prostituées, dans 37,9 avec d'autres femmes. Dans 62,8 o/o des cas aucune mesure de prophylaxie individuelle n'avait été prise par le soldat. A. TOURAINE.

J. R. HELLER (U. S. A.). — **Contrôle des maladies vénériennes** (Venereal disease control). d'après *Journal of Social Hygiene*, janvier 1945.

On estime à environ 230.000 par an, aux États-Unis, les contaminations syphilitiques, dont les trois quarts sont découverts et traités. Sans éléments précis d'information on évalue à environ 1 million les cas annuels de blennorragie (311.795 cas été signalés en 1944 par les médecins et les dispensaires).

Exposé des nombreux problèmes soulevés par les maladies vénériennes. L'importance des urétrites non gonococciques est mise en lumière par une enquête sur 293 hommes réunis dans une prison; des gonocoques authentiques ont été trouvés chez 3 et des formes neissériennes chez 22. Quelle valeur attribuer aux diverses réactions sérologiques de la syphilis ? Quelle est celle d'entre elles qui, spécifique, simple et sensible, trouvera la faveur du grand public ? Quant aux enquêtes épidémiologiques, si elles sont théoriquement le meilleur moyen pour réduire les maladies vénériennes, elles se heurtent pratiquement à de nombreuses difficultés. Le plus important est donc de dépister les nouveaux cas aussi précocement que possible et de les traiter. A. TOURAINE.

E. HOLMES jr et L. CHESNEY. — **Analyse des déclarations de contacts vénériens dans l'aviation** (Analysis of venereal disease contact histories received in Army Air Forces). *Venereal Disease Information*, t. **26**, nº 1, janvier 1945, pp. 5-8, 2 tableaux.

Enquête sur 3.270 déclarations de contacts vénériens en 13 mois, dont 297 suivis de syphilis et 2.571 de blennorragie. 1.318 (40,3 o/o) ont été insuffisantes pour permettre de retrouver l'agent contaminateur; une description détaillée de celui-ci, avec nom et adresse, a été donnée dans 1.604 cas (49,1 o/o), le nom et l'adresse dans 42 cas (1,3 o/o), le nom et d'autres éléments de recherche dans 306 cas (9,3 o/o).

Cet agent contaminateur, retrouvé, a été la femme légitime dans 5,5 o/o des cas, une amie régulière dans 24,4, une femme de rencontre dans 55,9, une prostituée

en maison dans 5,6, une femme interpellée dans 2,7, une femme de trottoir dans 4,4. Moins de 10 o/o des malades ont accusé plusieurs contacts douteux.
A. TOURAINE.

O. ANDERSON. — **Le contrôle des maladies vénériennes parmi les travailleurs de l'industrie** (The control of venereal diseases among industrial workers). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **27**, juillet 1943, pp. 432-438.

L'industrie des États-Unis emploie environ 53 millions de travailleurs, dont 40 millions d'hommes et 13 millions de femmes de plus de 14 ans, c'est-à-dire 40 o/o de la population totale. On estime à 3.200.000 le nombre des syphilitiques aux U. S. A. Or, les dépenses entraînées par les syphilitiques aveugles est de 10 millions de dollars par an, et par 19.500 paralysies générales de 6.500.000 dollars. Le Congrès a affecté 12.500.000 dollars à la lutte antivénérienne en 1943 et les États 7.000.000. L'industrie contribue dans une large part, par ses taxes ou ses contributions, à couvrir ces dépenses. Elle astreint ses employés à se soumettre au programme du contrôle sanitaire. A. TOURAINE.

H. BLAIR (U. S. A.). — **Les maladies vénériennes dans un institut de redressement pour femmes** (The venereal Disease Problem in a Woman's federal Reformatory). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and venereal Diseases*, t. **30**, n° 2, mars 1946, pp. 165-172.

Syphilis chez 33 o/o et blennorragie aiguë chez 21,5 o/o sur 602 femmes. Les deux tiers des cas de syphilis sont en période latente récente; 34,5 o/o des syphilis concernaient des sujets de moins de 21 ans (61,2 o/o au-dessous de 25 ans). Pas de différence entre les blanches et les noires. A. TOURAINE.

K. EDKINS. — **Enquête sur les bases sociales des détenues à la prison d'Holloway atteintes de maladies vénériennes** (Inquiry into the social Background of convicted women at Holloway Prison infected with venereal Diseases). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **98**, n° 9-10, septembre-octobre 1946, pp. 228-235.

Sur 600 détenues, 35 âgées de moins de 25 ans étaient atteintes de maladies vénériennes (15 blennorragies, 14 syphilis, 2 blennorragies et syphilis simultanées, 2 diagnostics douteux, 2 refus d'examen). 11 d'entre elles avaient été condamnées pour des motifs d'ordre sexuel qui remontaient à l'âge de 16 ans. 19 avaient abandonné le domicile paternel ou conjugal. Recherche des conditions sociales, familiales ou individuelles qui ont entraîné ces 35 femmes à leur infection vénérienne.

Nécessité d'informer plus largement la jeunesse des maladies vénériennes, de leurs symptômes, de leurs dangers. A. TOURAINE.

X... — **Etude de 280 sujets dans la section des maladies vénériennes de l'hôpital de Porto-Rico** (A study of 280 patients in the venereal disease isolation hospitals of Puerto Rico). *Journal of Social Hygiene* (New-York), t. **30**, mai 1944, pp. 269-287.

Sur 244 prostituées et 36 autres femmes, 95 o/o étaient traitées pour blennorragie et 37 o/o pour syphilis; un tiers avaient deux maladies vénériennes à la fois (blennorragie et, en général, syphilis). L'âge le plus fréquent était 18 ans; plus de la moitié avait moins de 21 ans; 56 o/o étaient de race blanche, 21 o/o étaient mariées; peu étaient disgraciées physiquement. 50 o/o avaient déjà été soignées pour une maladie vénérienne (à 4 reprises chez 9 o/o).

Dans 66 o/o des cas on trouvait une tare familiale (alcoolisme, désertion, crime, etc.). 66 o/o n'avaient reçu aucune éducation; 51 o/o avaient exercé antérieurement une profession régulière (salaire hebdomadaire de moins de 2 dollars chez 29 o/o, de moins de 3 dollars chez 25 o/o, de plus de 10 dollars chez 1 o/o).

L'âge de la défloration a été de 15 ans chez 24 o/o; celui de l'entrée en prosti-

tution a été de 17 ans et moins chez 15 o/o, de 20 ans et plus chez 21 o/o. Sur 244 prostituées, 146 l'étaient depuis moins d'un an, 25 depuis 1 à 2 ans, 18 depuis 2 à 3 ans.

36 o/o ont déclaré qu'elles continueraient à se prostituer, 17 qu'elles y renonceraient. Les perspectives de redressement moral ont été excellentes dans 3 o/o, bonnes dans 39 o/o. A. Touraine.

15d. — *Prostitution.*

A. Touraine. — **La prostitution masculine.** *La Prophylaxie antivénérienne*, n° 6, juin 1946, pp. 392-409.

Moins répandue que la prostitution féminine, elle a été jusqu'à maintenant peu étudiée. L'auteur la définit : « l'exercice régulier ou fréquent, par des hommes, sans choix et contre salaire, d'actes de nature sexuelle avec des sujets variés, généralement du même sexe ».

Elle a existé de tout temps, tantôt très répandue et parfois même en honneur, tantôt tolérée, tantôt réprouvée. Elle est actuellement de fréquence inégale suivant les pays. En France, elle sévit surtout dans les grandes villes et dans les ports.

Elle est rarement hétérosexuelle, en règle homosexuelle. Tout pédéraste n'est pas un prostitué et parmi ceux-ci il faut distinguer le prostitué « professionnel » et le « semi-professionnel ». La première catégorie (200 à 250 à Paris) exerce dans des locaux (hôtels, bars, cabarets, dancings), les prostitués « semi-professionnels » recrutent leurs clients dans la rue, dans certains quartiers, leur nombre, à Paris, est de 1.200 à 2.000.

Trois facteurs conditionnent l'intersexualité. Elle est *congénitale*; d'après Goldschmidt, tout individu est constitué de gonades mâles et femelles. Chez l'homme l'exagération de la part femelle entraîne toute une gamme de caractères féminins, psychiques d'abord, puis somatiques et au maximum l'hermaprodisme. Elle est *familiale*, *héréditaire* en récessivité. Elle est le résultat d'une anomalie embryonnaire de développement (coïncidence de l'homosexualité chez les jumeaux uniovulaires, mais non chez les biovulaires).

Tout intéressé ne devient pas un homosexuel, l'*influence du milieu* est importante.

L'A. en vient ensuite à l'étude des *conséquences* de la prostitution masculine.

Du point de vue *sanitaire* l'auteur estime que chaque année en France une centaine de chancres syphilitiques de l'anus sont imputables à la pédérastie. La blennorragie rectale semble peu répandue, elle est du reste bénigne. La lymphogranulomatose rectale est par contre fréquente et grave.

Les conséquences *morales* sont très graves. On trouve chez les prostitués mâles les mêmes vices que chez les prostituées femmes, les mêmes passions aussi, pouvant aller jusqu'au crime (certains scandales sont restés célèbres).

Quelle conduite tenir vis-à-vis de la prostitution masculine ? Trois attitudes variant selon les temps, selon les contrées.

Laisser faire : c'est la solution adoptée actuellement par de nombreux pays; en particulier, États-Unis, Russie, Brésil. La loi française actuelle ignore la prostitution masculine, sauf lorsqu'elle concerne un mineur.

Réprimer : elle était interdite chez les Juifs; chez les Grecs certaines fonctions étaient fermées aux prostitués masculins; chez les Romains la pédérastie était interdite sur des hommes libres. En France, elle fut sévèrement punie à certaines périodes (Charlemagne, Saint-Louis), mais actuellement elle n'est punie que lors-

qu'elle s'accompagne d'attentat à la pudeur ou s'il s'agit de mineurs. Répression actuellement en Angleterre, Suisse, Autriche, Allemagne.

Surveiller : c'est la solution adoptée en Espagne. Quelques essais ont été faits à Paris. A Nancy, le 6 février 1939, un arrêté du maire de Nancy prescrit pour les prostitués masculins les mêmes mesures que pour les prostituées féminines.

L'auteur termine par un aperçu des moyens de traitement à appliquer à l'homosexuel masculin. Étant donné qu'il s'agit chez lui d'une hypersécrétion de la glande femelle aux dépens de la glande mâle il est logique d'instituer une opothérapie mâle : testostérone, greffe de testicule normal ou de comprimés de testostérone. Mais il s'agit là d'un traitement continu.

Comment amener les prostitués mâles à se faire traiter; 2 méthodes sont possibles :

la coercition par les moyens policiers,

la propagande aidée par l'enquête épidémiologique.

Cette deuxième méthode semble préférable et « répond davantage aux tendances sociales actuelles ». A. François.

J. Benech. — **Nouvelles études médico-sociales sur la prostitution.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, août 1946, pp. 531-552, 7 tableaux.

Important et courageux travail, fortement documenté, élaboré d'après les enquêtes personnelles menées par l'auteur, à Nancy, depuis 1929, et portant sur 5.000 dossiers de femmes.

Benech étudie, successivement, les causes qui ont mené ces femmes à la prostitution :

1° *Influence du milieu familial.* — Surtout les orphelines, élevées en mauvais milieu, de famille peu nombreuse, filles de journaliers ou d'ouvriers d'usines, restées aux études primaires. « Les jeunes filles vivant dans un milieu familial anormal ont une tendance à la prostitution.

2° *Situation des prostituées.* — « La fausse excuse classique de se prostituer pour élever ses enfants n'est pas de mise ». « D'une façon générale, les prostituées s'occupent de leurs enfants. Les abandons sont rares » (54 sur 1.100). Les avortements sont nombreux.

3° *Profession.* — Les sans-profession vont peu à la prostitution (95 o/oo) sauf pendant la période 1940-1942 (540 o/oo des clandestines). Ce sont surtout les domestiques, filles de salle, ouvrières d'usine, couturières, modistes.

4° *Causes favorisantes.* — A souligner « le rôle capital de la paresse, de l'appât du gain et d'une vie soi-disant facile. Ce tout, associé à l'amoralité. Ajoutons-y un manque de volonté et une aboulie caractéristiques .... et, pendant l'occupation allemande, les commodités données par les Allemands aux femmes complaisantes.... L'insuffisance des salaires a joué.... La lutte contre la prostitution est avant tout une question de morale familiale ».

L'âge du début de la prostitution suit de 2 ou 3 ans l'âge de la défloration, c'est-à-dire surtout 15 à 18 ans (16 à 20 de 1940 à 1942).

5° *Maladies vénériennes.* — Les prostituées prennent la syphilis, le plus souvent, dans les 3 premières années de leur état. Sur 1.000 femmes de maison, il y a 681 syphilis récentes, anciennes ou sérologiques; sur 1.000 femmes de ville, il y en a 714; sur 1.000 prostituées clandestines, il y en a 253.

6° *Conclusions.* — « Seule une base éducative familiale sérieuse est capable d'améliorer la vieille question de la prostitution.... Le besoin d'argent et la paresse viennent compléter le désastre.... Le prosélytisme est plus féminin que masculin; l'entraînement est surtout fait par des camarades femmes.... Constatons, une fois de plus, le danger de la prostitution clandestine....; la prostitution surveillée ne

présente que des dangers réduits.... Les maladies vénériennes ont augmenté depuis 1942. Les causes en sont dans l'explosion de la prostitution clandestine. La lutte anti-vénérienne n'a pas faibli ». A. TOURAINE.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — **Circulaire 2.876 du 31 juillet 1945. Maisons de tolérance réservées aux troupes.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **17**, n° 12, décembre 1945, p. 671.

Cette mesure a donné des résultats très encourageants. Elle consiste à faire affecter à l'usage exclusif des troupes, dans les garnisons importantes, une ou plusieurs maisons de tolérance. Une cabine prophylactique est installée dans chaque maison; soins de propreté et mesures habituelles sont obligatoirement pris avant et après le contact sexuel.

On doit donc étudier, en accord avec les autorités civiles, la réalisation de cette mesure partout où elle est jugée applicable. A. TOURAINE.

15e. — *Maladies vénériennes* (Prophylaxie).

B. LYONNET. — **Le danger des maladies vénériennes** (Conseils d'un vieux médecin à la jeunesse d'aujourd'hui). Camugli édit., Lyon, 1945, monogr. de 46 pages.

On ne saurait trop conseiller la diffusion de cette charmante brochure, écrite avec beaucoup d'esprit et de délicatesse, nourrie de citations. Le jeune homme y comprendra que les affections vénériennes ne sont pas des maladies honteuses, il trouvera un clair aperçu des manifestations des trois principales et, mieux encore, d'utiles conseils pour conduire sa vie sexuelle.

Cette brochure est une des meilleures qui aient été écrites dans un but d'initiation et de prophylaxie antivénérienne. A. TOURAINE.

V. CASTRO PAULLIER (Montevideo). — **Quand l'amour est un délit.** (Cuando el amor es un delito). Monographie de 222 pages, éditions Prometeo, Montevideo, 1942.

Ce livre, destiné à une grande diffusion, étudie successivement le délit de non traiter les maladies vénériennes et la responsabilité professionnelle qui en découle, le délit de transmission et ses preuves à propos des diverses maladies vénériennes, ses dangers, ses conséquences, le certificat prénuptial, le secret médical, la stratégie de la lutte antivénérienne (propagande, prophylaxie, traitement), la prostitution, le proxénétisme, leurs dangers, leur législation dans le passé et dans les divers pays actuels, la législation du délit de contagion vénérienne. Ces différents chapitres sont abondamment illustrés par des exemples, des anecdotes.

Un tel livre manque à notre littérature récente.

A. TOURAINE.

15f. — *Lutte antivénérienne.*

L. HUFNAGEL. — **La prophylaxie, la législation antivénérienne et le médecin praticien.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 11, novembre 1946, pp. 700-710.

L'A. rappelle les grandes lignes de la politique antivénérienne suivie du XVe siècle à nos jours et constate la carence « indiscutable de la vaste croisade antisyphilitique entreprise entre les deux guerres, et basée sur la thérapie ». Il indique ensuite les moyens légaux que la législation actuelle apporte et impose au praticien et à l'assistante sociale pour restreindre la diffusion des maladies vénériennes. Il espère dans l'éducation sanitaire de l'opinion publique.

A. TOURAINE.

H. Sautter. — **Le service social dans la lutte antivénérienne.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **19**, n° 2, février 1947, pp. 78-87.

Intéressant article exposant comment on a été amené à créer les assistantes sociales (1924-1929), d'après l'initiative de Spillmann, les qualités de formation, d'esprit et de cœur que ces précieuses auxiliaires doivent posséder, l'importance de leur rôle médical, moral, social, les services qu'elles rendent dans l'enquête épidémiologique, principale arme qui nous reste dans la lutte antivénérienne.

A. Touraine.

Divers. — **Enquêtes épidémiologiques.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 11, novembre 1946, pp. 711-726

Quelques-unes des plus belles enquêtes épidémiologiques présentées au concours de 1946 montrent les très grands services que peuvent rendre ces enquêtes, pour dépister des cas de maladies vénériennes contagieuses, quand elles sont menées avec conscience et intelligence par des assistantes sociales qui ont compris leurs devoirs sociaux et qui les remplissent avec cœur et dévouement.

A noter, entre autres, les enquêtes menées à Versailles, Tournus, Tarbes, Besançon, Rennes qui se sont montrées particulièrement fructueuses et ont permis de retrouver et de soigner un grand nombre de « contacts » contaminés.

A. Touraine.

X... — **Une belle œuvre et un exemple.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 8, août 1946, p. 557.

Le Centre de jeunes mères « Regain », 60, rue Borghèse à Neuilly-sur-Seine, est ouvert à toute jeune fille mineure, enceinte de moins de cinq mois, après un premier écart de conduite.

Il offre refuge gratuit, formation familiale et ménagère, contrôle médical, atmosphère morale, moyens de reclassements. A. Touraine.

M. Raynaud, L. Colomieu et E. Hadida (Alger). — **Le problème de la lutte antivénérienne en Algérie. Rapport au nom de la Commission centrale algérienne des maladies vénériennes.**

Dans cet important rapport les A. étudient, après un historique de la question, l'état actuel de la lutte antivénérienne en Algérie.

Dispensaires : 4 à Alger, à peu près rien ailleurs.

Surveillance de la prostitution (contrôle, traitements ambulatoires, hospitalisation) réorganisée depuis 1941 à Alger ; essais de contrôle des prostituées clandestines (460 arrêtées en 1941, 550 en 1942) dans une consultation purement médico-sociale (44 venues volontairement en 1943, 31 en 1944) ; nécessité d'un traitement obligatoire.

Service social assuré par *une* assistante spécialisée.

Fichier central organisé en 1938, nourri par les 4 dispensaires d'Alger, pour chaque prostituée ou lieu de prostitution.

Les A. exposent ensuite leurs vues sur l'orientation nouvelle de la lutte antivénérienne, la réglementation et la législation en vigueur. Il paraît dangereux de supprimer la réglementation pour les 700 femmes en carte d'Alger et de fermer les maisons de tolérance. Sur 215 prostituées indigènes envoyées, en 1946, dans un dispensaire, 12 se sont présentées spontanément. On ne peut pas compter, en Algérie, sur leur seule bonne volonté. Forts d'une longue et profonde expérience, les A. ne pensent pas que, en Algérie, la fermeture des maisons puisse être envisagée. Ils signalent certains inconvénients des déclarations nominales d'agents contaminateurs par les médecins et se déclarent partisans du « traitement obliga-

toire appliqué sans réserves ». Ils tracent un plan méthodique de lutte antivénérienne tel qu'il devrait être organisé (services d'hôpitaux, dispensaires, médecins spécialistes, fichiers locaux et central, au chef-lieu du département, des malades et des prostituées, développement du service social, maintien du contrôle sanitaire obligatoire des prostituées). A. TOURAINE.

LAKAYE. — **La prophylaxie antivénérienne à l'armée.** *Bulletin international des services de santé des Armées* (Belgique), année **19**, n° 7, juillet 1946, pp. 253-264.

10 o/o des troupes américaines ont été contaminés après leur débarquement en Europe; 70 à 100 soldats américains par jour contractaient la syphilis à Liége. D'où la nécessité de confirmer, le 24 mai 1945, en Belgique, les mesures prises le 19 juin 1941 sous l'occupation : traitement obligatoire des maladies vénériennes, déclaration non nominative de tous les cas par les médecins, hospitalisation d'office dans certains cas. Les troupes américaines ont, en Belgique, beaucoup développé l'enquête épidémiologique.

Rappel des principales méthodes de traitement : novarsénobenzol, arsénoxydes (méthode américaine); la pénicilline ne peut encore être jugée, faute de personnel nécessaire. A. TOURAINE.

C. VAN DEN BERG. — **La lutte antivénérienne en Hollande.** *Bulletin de l'Office internat. d'Hygiène publique*, t. **37**, nos 7-8-9, juillet-août-septembre 1946, pp. 520-522.

« Elle est principalement basée sur un système sans contrainte; le but poursuivi est d'engager les malades à s'adresser de leur propre gré aux dispensaires ». La réglementation de la prostitution, inconnue en Hollande auparavant, introduite par les allemands, a fait sentir son action nuisible.

Le résultat de cette lutte dépend du tact montré par le chef du dispensaire, le dévouement de l'infirmière visiteuse. la confiance du public. Les frais de traitement incombent à la commune du domicile du malade. L'Inspecteur de la Santé peut ordonner l'hospitalisation sur avis du dispensaire. Chaque médecin doit aviser l'Inspecteur de la Santé de tout cas de maladie vénérienne et des suites données au traitement. A. TOURAINE.

A. WIEDMANN. — **Sur la lutte contre les maladies vénériennes** (Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheien). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **58**, n° 11, 12 avril 1946, pp. 180-185.

Parquer les prostituées en maisons de tolérance est peut-être utile en temps de guerre mais insuffisant. Le contrôle policier de la prostitution est inopérant. Les mesures de protection individuelle sont plus recommandables (protectifs, hygiène des organes génitaux après les rapports sexuels, dont la pratique a fait tomber les maladies vénériennes à Londres de 95,6 o/oo en 1913 à 43 en 1917 et qui doit être étendue à la population civile; utilité de la circoncision puisque dans l'armée des Indes néerlandaises la syphilis a frappé, d'après Breitenstein, 4,1 o/o des soldats non circoncis et 0,8 des soldats circoncis).

Importance des enquêtes épidémiologiques. Favoriser les mariages chez les sujets jeunes; n'autoriser la procréation, chez les syphilitiques, qu'après un traitement convenable. Améliorer les conditions d'habitation, de traitement ambulatoire sous le couvert d'une grande discrétion (comme en Angleterre). Obliger, comme en Finlande depuis 1907, les sujets de vie déshonnête à présenter un certificat médical de bonne santé, etc. A. TOURAINE.

X. — **Mesures antivénériennes dans l'Union Soviétique. Rapport au conseil médical anglo-soviétique** (Anti-venereal measures in the Soviet Union. Report from the Anglo-Soviet Medical Council). *The British Journal of Venereal Disease*, t. **9**, mars 1943, pp. 39-42.

Sous la Russie tsariste on estimait que 30 o/o de la population yakoute était infestée par la syphilis. A Moscou, en 1914, on comptait 388 vénériens sur 10.000

habitants dont 56,9 o/o avaient été contaminés par des prostituées. Deux lois ont été promulguées en 1927, l'une frappant le contaminateur d'une peine allant jusqu'à 3 ans de prison, l'autre rendant le traitement obligatoire. Celle-ci n'a pas eu souvent à être appliquée. En 1937, 1.476 dispensaires avaient été ouverts dans les villes. A Moscou, l'Institut Bronner, centre de la campagne antivénérienne, comptait 440 lits; 12 instituts secondaires et 30 dispensaires lui étaient affiliés. En 1938, le nombre des dispensaires s'élevait à 2.225, desservis par 5.000 médecins.

L'activité des dispensaires va croissant. En 1925, le premier dispensaire de Moscou avait examiné 465 familles, 1.536 enfants et 699 femmes enceintes; en 1932, les chiffres correspondants ont été de 1.079, 12.330 et 3.747.

Une campagne d'éducation a été menée de telle sorte que la syphilis primaire est tombée dans les villes de 25,7 pour 10.000 en 1913 à 1,8 et dans les campagnes de 2,66 à 0,62.

L'amélioration du statut de la femme, le développement des conditions économiques ont considérablement réduit la prostitution. De 1927 à 1938, 3.277 femmes infectées sont passées par les « prophylactoria »; 90 o/o d'entre elles ont retrouvé leur vie dans l'industrie. Avant la Révolution on estimait de 25.000 à 30.000 de nombre des prostituées à Moscou; il atteint à peine 800 en 1930.

A. Touraine.

J. Scott. — **Venereal diseases in the Soviet Union** (Les maladies vénériennes en Union Soviétique), d'après *British Journal of Venereal Diseases*, mars 1945.

En 1914, à Moscou, on comptait des maladies vénériennes chez 33,8 o/oo habitants, dont 7,7 syphilis (relative fréquence des syphilis extra-génitales).

La lutte antivénérienne a été engagée, dès 1918, par un bureau spécial du Commissariat du peuple à la Santé publique et, en 1919, par l'Institut Bronner à Moscou. Envisageant les rapports des maladies vénériennes avec la prostitution, on a réduit celle-ci en améliorant les conditions économiques de la vie de la femme. Une campagne de rééducation des prostituées a été entreprise, des « prophylactoria » ont été ouverts pour les consultantes volontaires (à Moscou, près de 4.000 femmes s'y sont présentées de 1927 à 1936 dont 90 o/o étaient infectées; 90 o/o d'entre elles ont trouvé une place dans l'industrie et 41 o/o de celles-ci ont mérité le titre de « travailleur de choc »).

Avant la révolution on comptait 25.000 à 30.000 prostituées à Moscou et à peu près autant à Léningrad; ce chiffre était tombé à Moscou à 3.000 en 1928, à 800 en 1930 et concernait surtout des psychopathes ou des arriérées mentales.

A. Touraine.

L. Machkilleyson (Moscou). — **La lutte contre les maladies vénériennes en U. R. S. S.** *La Semaine des hôpitaux*, t. **22**, n° 28, 28 juillet 1946, pp. 1328-1330.

Organisée en 1918, la lutte antivénérienne est basée sur les principes : prophylaxie sociale et individuelle, assistance médicale gratuite. Chaque République ou région possède un institut vénéréologique et un dispensaire antivénérien; il existe, de plus, des dispensaires dans les chefs-lieux de district et des postes antivénériens dans quelques grandes localités rurales.

Les tâches de ces services sont : enregistrer (avec leur nom) tous les malades vénériens, rechercher les sources de contamination pour les engager à se soigner, hospitaliser les syphilis contagieuses, soigner les malades gratuitement (subvention globale pour les assurés sociaux), inspecter périodiquement les collectivités, mener la propagande antivénérienne, éduquer les médecins ruraux, etc....

En 1913, on comptait 180 syphilis sur 10.000 citadins. La lutte antivénérienne devient coordonnée en 1921-1922. La syphilis récente, dans les villes, tombe à 120 sur 10.000 en 1922-1926, à 18 en 1926-1936. Les formes récidivantes de la syphilis ont diminué, à Léningrad, de 56 o/o en 1938 par rapport à 1933. La syphi-

lis congénitale a baissé, à Léningrad, de 31,5 o/o de 1933 à 1934, de 50 o/o de 1933 à 1936. Pendant la dernière guerre, la syphilis a considérablement augmenté dans les villes occupées par les allemands (12,6 fois plus, à Vorochilovgrad, en 1943 qu'en 1940, 11 fois à Stalingrad, 30 fois à Poltava, etc...).

A. TOURAINE.

Hôpitaux dermato-vénéréologiques spécialisés aux États-Unis, *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, nº 15, 12 avril 1947, pp. 1083-1143.

Les indications sont données dans l'ordre suivant : ÉTAT. *Ville* (entre parenthèses : population en milliers d'habitants). Dénomination. Spécialisation (D : dermatologie, V : vénéréologie). Administration gérante (F : Fédération ; E : État ; A : Armée ; M. : Marine ; S : Service de Santé ; C : Association sans bénéfices ; B : Corporation avec bénéfices). Nombre de lits. Total des hospitalisations.

ALABAMA. *Birmingham* (268). Mid. South Med. Center. V. E., 875, 9637.

ARIZONA. Néant.

ARKANSAS. *Hot Springs National Park* (21). U. S. Public Health Service Med. Center, V. S., 88, 2707.

CALIFORNIE. *El Monte* (5), Los Angeles Ruth Home, V. C. 135, 92.

COLORADO. Néant.

CONNECTICUT. Néant.

DELAWARE. Néant.

COLOMBIE. Néant.

FLORIDE. *Ocala* (9), Ocala Rapid Treatm. Center V. E. 300 ?

GEORGIE. *Alto* (0,2), Alto Med. Center, V. E. 700, 1946.

IDAHO. Néant.

ILLINOIS. *Chicago* (3.397). Chicago Intensive Treatment Center, V. Municipal, 240, 7.229.

INDIANA. *Indianapolis* (387). Public Health Center, V. Municipal, 120, 2109.

IOWA. Néant.

KANSAS. Néant.

KENTUCKY. *Louisville* (319). Kentucky Treatm. Center, V. E. 156, 3916.

LOUISIANE. Néant.

MAINE. Néant.

MARYLAND. Néant.

MASSACHUSETTS. Néant.

MICHIGAN. *Ann Arbor* (30). Michigan Rapid Treatment Center, V. E. 150, 2935; *Pontiac* (66). Oakland County Contagious Hosp., V. Munic., 85, 739.

MINNESOTA. Néant.

MISSISSIPI. *Greenwood* (15). Delta Med. Center, V. E. 250, 6624.

MISSOURI. *St-Louis* (816). Barnard Free Skin a. Cancer Hosp., D. C. 42, 825; Midwestern Med. Center, V. S. 190, 4967.

NEW-HAMPHIRE. Néant.

NEW-JERSEY. Néant.

NEW-MEXICO. Néant.

NEW-YORK. Néant.

NORTH-CAROLINE. *Charlotte* (101). Western Med. Center, V. E. 200, 4594; *Durham* (60). U. S. Public Health Service Med. Center, V. S. 189, 4693.

NORTH-DAKOTA. Néant.

OHIO. Néant.

OKLAHOMA. *Atoka* (2,5). Pine Mountain Med. Center, V. S. 350 ?; *Oklahoma City* (204). Oklahoma Med. Center, V. E. 180, 4562.

Oregon. *Portland* (305). Juvenile Hosp. for Girls, V. C. 96, 148.

Pennsylvanie. *Philadelphie* (1931). Amer. Oncologic Hosp., D. C. 51, 622, Skin and Cancer Hosp., D. C. 23, 162.

Rhode Island. Néant.

South Caroline. *Florence* (16). South Carolina Public Health Hosp., V. E. 250, 6000; *West-Columbia* (1,7). Sandhill Public Health Hosp., V. E. 200 ?

South-Dakota. Néant.

Tennessee. *Chattanooga* (128). East Tennessee Med. Center, V. E. 250, 4788; *Memphis* (293), West Tennessee Med. Center, V. E. 150, 5453.

Texas. *El Paso* (97). Mountainview Hosp., V. E. 100, 3600; *Overton* (2). Rocky Mount Hosp., V. E. 120, 3906; *San Antonio* (254). Mission Med. Center, V. E. 205, 5746; *Waco* (56). Riverside Hosp., V. E. 100, 5791.

Utah. *Salt Lake City* (150). Utah Intensive Treatm. Center, V. E. 50 ?

Vermont. Néant.

Virginie. *Norfolk* (144). Hampton Roads Med. Center, V. S. 194, 3984; *Richmond* (193). Richmond Municipal Hosp., V. Municipal, 80, 2234.

Washington. *Seattle* (368). Washington Infirmary, V. E. 72, 943.

West Virginie. *South Charleston* (10). Kanawha Valley Med. Center, V. S. 199, 3831.

Wisconsin. Néant.

Wyoming. Néant.

Alaska. Néant.

Canal de Panama. Néant.

Hawaii. Néant.

Porto-Rico. Néant.

Iles Vierges. Néant.

Total des hôpitaux généraux et spéciaux : 6.280; des lits : 1.468.714. Ajouter les organisations dermato-syphilologiques suivantes :

Chicago. Chicago Intensive Treatment Center.

Louisville (Ky). Louisville General Hospital.

Baltimore. University Hospital.

Saint-Louis. St-Mary's Group of Hospitals.

New-York. Mount Sinai Hospital; N. Y. Polyclinic Med. School and Hosp; Roosevelt Hosp.

St-Albans (N. Y.). U. S. Naval Hosp.

Hines (Ill.). Veterans Admin. Hosp.

Fort Howard (Md.). Veterans Admin. Hosp.

Minneapolis. Veterans Admin. Hosp.

New-York. Veterans Admin. Hosp.

A. Touraine.

R. R. Wilcox. — **Quelques idées Américaines sur le contrôle des maladies vénériennes** (Some American ideas on venereal disease control). *British Medical Journal*, 30 novembre 1946, pp. 825-827.

Les bases du contrôle vénérien sont : 1° recherche des foyers d'infection; 2° prophylaxie; 3° amener les malades et leurs partenaires en observation et en traitement; 4° s'assurer que ces malades demeurent en traitement tant qu'ils peuvent être contagieux. Après avoir passé en revue les lacunes du contrôle anglais, Wilcox raconte ce qu'il a vu en Amérique.

Législation. — Diffère suivant les États. A New-York, le candidat au mariage doit signer une déclaration se disant indemne de toute maladie vénérienne à sa connaissance et produire un certificat médical avec examen sanguin datant de

moins d'un mois. Les femmes enceintes sont aussi obligées de faire examiner leur sang. L'article 17 *b* de la loi de Santé Publique permet d'obliger tout individu atteint de maladie vénérienne contagieuse de se soigner. Ces affections doivent être notifiées à la S. P. Enfin, les femmes arrêtées pour prostitution sont examinées et traitées s'il y a lieu. D'autres villes, telle que Chicago, ont des lois similaires, et la plupart ont une section de contrôle vénérien dans laquelle un registre est tenu et les contages suivis par lettre, lettre recommandée, télégramme, visite sociale suivant les coutumes locales.

Recherche en contrôle des sources d'infection. — Bien que la prostitution ne s'étale pas au grand jour, il est procédé à près de 5.000 arrestations par an à New-York et chaque femme arrêtée est obligatoirement examinée. A Chicago, les patrons de bars sont invités à participer activement au contrôle vénérien; en août 1945 plus de 4.000 d'entre eux assistèrent à une conférence faite par l'Officier de Santé, le Dr Bundeson. Des attestations certifiant que ces hôtels et bars coopèrent sont délivrés et affichés à l'intérieur de ces établissemens. Cette coopération consiste essentiellement à s'assurer que ledit établissement n'est pas utilisé comme lieu de rendez-vous et la désignation aux assistants sociaux de tout habitué signalé comme source de contamination. Le propriétaire d'un bar signalé comme étant à la source de contaminations fréquentes est d'abord visité par un représentant de la S. P. qui lui conseille de « s'amender ». S'il refuse, il risque la fermeture et la pose à l'extérieur d'affiches dans le genre de : Syphilis, attention ou N'entrez pas, maladie vénérienne, il n'y a généralement pas besoin de rechercher la coopération qui est spontanée.

Prophylaxie. — Les méthodes civiles n'ont jamais atteint l'ampleur des militaires. A Chicago, les permissionnaires sont nantis d'une liste de 18 cabines prophylactiques établies à leur usage.

Pour amener les malades au traitement. — La section vénéréologique de Chicago ayant les noms exacts des contaminateurs put s'occuper d'une façon effective de l'épidémiologie.

Tous les malades sont soigneusement interrogés et persuadés d'identifier tous les contacts qu'ils ont pu avoir. En moyenne deux contacts et demi pour chaque cas de syphilis. Rosenthal, à New-York, cita 36 numéros de téléphone dont les victimes se sont souvenues sur 49 rapports avec une des « filles de la Victoire » ou « patriotutes » (gentillepatriote). Quelque 4.000 cas de contact ou de maladie vénérienne sont examinés chaque mois à Chicago, aussi une liste prioritaire est établie pour les syphilis et gonococcies récentes. Les lettres recommandées sont d'abord employées pour convoquer les suspects, si pas de résultats des « field workers » (assistants sociaux) s'attellent à la besogne. Les field workers ont chacun leur territoire, il y a une section spéciale des tavernes. En six mois, quelque 11.500 rapports épidémiologiques furent recueillis à Chicago, sur lesquels 2.614 soit 22,8 o/o furent mis en traitement, 11,5 o/o étaient déjà en traitement, 12,8 o/o étaient indemnes; un peu plus de 30 o/o ne purent être identifiés. Tout ce travail ne peut être effectué qu'avec un personnel nombreux (602 à Chicago). Les fiches sont en quadruple exemplaire avec carbone préparé à l'avance. Les noms sont classés phonétiquement. Récemment des machines à écrire électriques furent employées à la satisfaction de tous. Le tout est sous le contrôle de l'Officier anti-vénérien (Dr Theodore Bauer) lui-même sous les ordres de l'Officier de Santé, qui prend une part effective à l'élaboration des programmes de lutte.

S'assurer que les malades restent en traitement. — Dans l'année terminée le 30 juin 1945, 1.094 cas de syphilis primaire et secondaire ont été diagnostiqués à Chicago. Tous sauf 23 (2,1 o/o) furent traités d'une façon intensive dans

le centre de 200 lits utilisé uniquement à cet usage. Ce centre a été le promoteur des traitements rapides : arsenical, pyrétothérapie, plus récemment la pénicilline, seuls ou combinés. La durée moyenne d'hospitalisation est de 10 jours, le traitement est gratuit. Des repas agréables (style cafetteria) sont servis, pas de visiteurs ou de coups de téléphone venant de l'extérieur. Des chambres, néanmoins, on peut appeler la ville, le malade ainsi s'isole suivant son propre désir. Cet hôpital fut inauguré en 1942 et déjà en 1945 avait traité son 10.000ᵉ malade. Pendant leur séjour, les malades reçoivent les différents magazines, ont à leur disposition des jeux, des puzzles, etc. Des séances récréatives sont organisées dans le hall, qui est équipé avec un piano, une librairie, une cantine; deux petites classes de travaux manuels sont utilisées comme thérapeutique de diversion. Deux séances de cinéma par semaine pour chaque sexe.

Les blennorragiques sont soignés de façon ambulatoire, la majorité à la Chicago municipal V. D. Clinic qui en voit environ 1.300 par jour. Les bâtiments n'ont rien de merveilleux, c'est une école désaffectée. La clientèle est composée de blancs et de noirs de toutes les classes de la société. La salle d'attente principale ressemble à une gare de week-end, pendant qu'une petite équipe de médecins va aussi vite qu'elle peut dans 12 salles d'examen. L'année de sa fondation, en 1918, 870 cas furent traités, en 1944, 23.500. Les gonococcies seules sont traitées dans ce centre, qui utilise la technique de l'injection unique de pénicilline dissoute dans un mélange d'huile et de cire d'abeilles, comme pour la syphilis; les malades reçoivent le traitement complet.

Les malades sont suivis et surveillés, le résultat obtenu par lettres, appels téléphoniques, télégrammes, visites sociales fait que 70 o/o des 3.000 premiers cas de syphilis traitées dans le Centre de Chicago sont encore sous surveillance.

Propagande. — La propagande est utilisée pour renforcer les points déjà mentionnés. Néanmoins avant toute propagande, le nom de ces maladies doit pouvoir être mentionné. En Angleterre, on ne peut encore parler librement des maladies vénériennes, et les efforts discrets de la radio n'ont pas encore atteint l'émission hebdomadaire. En Amérique, le succès n'est pas complet, mais les mots sont passés dans le vocabulaire des habitants, que cela leur plaise ou non.

A Chicago, des placards de propagande furent apposés dans les trams, tels que : « Savez-vous que des milliers de personnes sont atteintes de V. D. (venereal disease : maladie vénérienne) et ne le savent pas ? Êtes-vous l'une d'entre elles ? », ou bien : « Ne faites par l'autruche, placez-vous devant les faits V. D. ». Des placards pour les devantures des coiffeurs, des hôtels, des coopératives ont été distribués, mais je ne me rappelle pas en avoir vu.

A New-York et Chicago, des allumettes, des couvertures de livres sont marquées des initiales V. D., les allumettes sont distribuées gratuitement. Une grande affiche à Chicago montre une « dame des rues » avec la légende : « facile de chiper une V. D. ». D'autres affiches ou feuillets racontent des histoires édifiantes en comparant les malades qui ont peur des mots et des faits, et ceux qui se soignent. 600 travailleurs sont employés à diffuser le programme de Chicago : « V. D. Topics » (sujets de maladies vénériennes) paraît hebdomadairement. Récemment des appareils de cinéma automatique entrecoupaient leurs petits spectacles de dix minutes de messages V. D., ces appareils fonctionnent gratuitement et après un essai dans les salles d'attente d'une grande clinique, font des tournées de quinze jours dans les académies de billard de la ville. L'Officier de Santé fait des conférences à la radio, des journaux en reprennent le thème. Le 7 février est la journée nationale de l'hygiène.

L'A. fait ensuite quelques comparaisons avec l'Angleterre puis souligne que, mal-

gré la législation en vigueur, les V. D. sont en augmentation à New-York et à Chicago, mais il est dit que comparativement l'augmentation est moindre qu'après l'autre guerre, et aussi l'augmentation apparente est due à l'attirance du traitement pénicillé, l'efficacité du dépistage, partant du plus grand nombre de personnes mises ainsi en traitement. Pour conclure, l'A. rappelle ce paragraphe de Stokes cité par Rosenthal : « La dissémination des maladies vénériennes se fait entre la contamination et l'institution du traitement. Ce n'est pas le malade en traitement qui dissémine la maladie mais les rapports qu'il peut avoir avant et après le traitement. En d'autres termes, nous devons agir contre la promiscuité plus que (ou mieux en même temps que) contre la maladie ».

M. Mansour.

H. Goodman (New-York). — **Le dispensaire anti-syphilitique** (The Clinic for the treatment of syphilitics). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 11, novembre 1946, pp. 676-678.

Exposé des conditions que doit remplir un bon dispensaire antisyphilitique. Citons, entre autres, les suivantes : faire partie des locaux d'une polyclinique ou d'un dispensaire général pour éviter l'hésitation du malade et donner la commodité du voisinage des autres dispensaires (dentiste, médecine générale, etc...) ; ampleur, éclairage, spécialisation des locaux, gratuité des soins ; infirmières spécialisées, à plein temps ; intérêt d'un service social ; bon système de fiches ; nécessité d'une annexe d'hospitalisation au cas de pénicillothérapie, etc.

A. Touraine.

X. — **Ouverture d'une clinique vénéréo-psychiatrique** (Venereal psychiatric clinic opens). *Weekly Bull. California Dept Pub. Health*, t. **21**, 5 décembre 1942, p. 182, d'après *Venereal Disease Information*, t. **24**, n° 3, mars 1943, p. 102.

Le but de cette clinique, dont l'ouverture est annoncée comme annexe de la Clinique municipale des maladies vénériennes à San Francisco, est la rééducation et le « réajustement » des femmes et filles qui ont un passé sexuel défectueux et qui risquent de transmettre les maladies vénériennes dans la population civile ou dans l'armée. Les subventions nécessaires pour assurer l'exécution des recommandations psychiatriques seront fournies, dans certains cas, par des organisations non officielles.

A. Touraine.

M. Edwards et P. Kinsie (New-York). — **Pratiques illégales et immorales dans le diagnostic et le traitement de la syphilis et de la blennorragie** (Illegal and unethical practices in the diagnosis and treatment of syphilis and gonorrhea). *Venereal Disease Information*, t. **21**, n° 1, janvier 1940, pp. 1 à 10.

Les « pharmaciens charlatans » figurent en première place. De l'enquête des A. dans 35 villes, il ressort que, sur 100 pharmaciens aux États-Unis, 7 o/o seulement refusent diagnostic et médicaments de leur propre chef aux vénériens, 31 o/o refusent le diagnostic mais délivrent des médicaments, 62 o/o donnent diagnostic et médicaments ; cette regrettable situation s'est d'ailleurs aggravée depuis 1933 (pourcentages correspondants, à cette dernière date : 32, 17 et 51). Que fait l' « homme de la rue » quand il craint d'être contaminé ? Sur 100 d'entre eux, 31,4 vont au médecin ou au dispensaire, 65,4 demandent au pharmacien ou se soignent eux-mêmes.

Non moins immoraux sont les journaux qui publient les « cures » de certains « men's specialists », les prospectus spéciaux distribués dans la rue, placés dans les toilettes de bars, hôtels, etc., les « cliniques » qui proposent la guérison pour un forfait de 300 dollars ou une mensualité de 30 dollars. On n'oubliera pas la

« médecine par correspondance » qui offre, par retour du courrier, des remèdes dont le prix varie entre 1 et 15 dollars.

L'impôt ainsi prélevé sur les vénériens se chiffre certainement par dizaines de millions de dollars chaque année. A. TOURAINE.

15g. — Législation antivénérienne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE. — **Recueil des lois, décrets, arrêtés et circulaires concernant la lutte antivénérienne en France,** octobre 1945, 176 pages.

Précieuse réunion des textes officiels qui réglementent la prostitution et la lutte contre les maladies vénériennes depuis 1884 jusqu'au 18 juillet 1945. L'arsenal de ces textes ne comporte pas moins que 5 articles du Code civil, 3 du Code pénal, 6 lois, 2 décrets-lois, 8 actes dits lois, 4 ordonnances, 10 décrets, 7 arrêtés ministériels et 66 circulaires ministérielles dont beaucoup comportent plus de 10 pages d'impression serrée. Tous restent en vigueur, et le vénéréologue éprouve une certaine difficulté à se retrouver dans des dispositions qui ne sont pas toujours conciliables, puisqu'elles traduisent les idées sociales, morales ou politiques du moment.

Il serait désirable que ce buisson touffus soit définitivement détruit et remplacé par le solide fût d'un texte unique, clair, précis et applicable.

A. TOURAINE.

ORDONNANCE N° 45-2720 DU 2 NOVEMBRE 1945 SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE du **Gouvernement provisoire de la République française**.

A extraire de cet important texte parmi les dispositions du titre II : Certificat d'examen médical avant mariage :

« Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article 63 du Code civil qu'au vu du résultat :

1° d'un examen radioscopique et éventuellement radiographique;

2° d'un *examen sérologique* effectué par un laboratoire agréé.

« Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé et lui en signalera la portée. Dans les cas graves, il devra lui confirmer cette communication par écrit ».

Ce certificat sera délivré sur papier libre. Les frais résultant de l'examen médical avant mariage seront couverts par les caisses de sécurité sociale ou par le service de l'assistance médicale gratuite. A. TOURAINE.

ORDONNANCE N° 45-1584 DU 18 JUILLET 1945 RELATIVE A LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE DANS LES PRISONS.

« L'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur concernant la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour *tous* les détenus. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent en raison de présomptions graves, précises et concordantes, atteints d'une maladie vénérienne ».

A. TOURAINE.

R. PRIGENT. — **Circulaire ministérielle du 30 mai 1946, en application des lois des 13 et 24 avril 1946 relatives à la prostitution.** *La Prophylaxie antivénérienne,* année **18**, n° 8, août 1946, pp. 520-524.

Cette circulaire vise :

1° la date de fermeture des maisons de tolérance, à effectuer par l'autorité

municipale. Des enquêtes seront faites pour rechercher si des maisons de prostitution clandestine n'ont pas pris leur place;

2° l'utilisation des locaux des maisons de tolérance qui sera exclusivement à usage d'habitation ou professionnel, sinon à celui de services administratifs ou d'utilité publique (notamment de dispensaires);

3° la répression du proxénétisme et du racolage, par « opérations systématiques de contrôle »;

4° le contrôle sanitaire des prostituées qu'on « s'efforcera de maintenir jusqu'à la réception de nouvelles instructions » bien que les sanctions antérieures ne puissent plus être appliquées;

5° la constitution du fichier sanitaire et social « lorsque les crédits nécessaires seront accordés ». On y inscrira les prostituées en maison, les ex-prostituées en carte, les prostituées dites clandestines « dont on trouvera trace sur les registres des dispensaires antivénériens », les femmes « pour lesquelles la preuve aura été faite qu'elles se livrent à la prostitution ». Ce fichier sera constitué par les services départementaux;

6° les établissements de rééducation des ex-prostituées, pour lesquels on a « l'intention de demander les crédits nécessaires »;

7° la collaboration du corps médical qui devra veiller à faire les déclarations réglementaires de maladies vénériennes. A. Touraine.

Th. de Félice. — **Fichier sanitaire de la prostitution.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **18**, n° 10, octobre 1946, pp. 666-669.

Après avoir rappelé, *in extenso*, la loi n° 46.795 du 24 avril 1946, instituant un fichier sanitaire et social de la prostitution, l'A. adresse quelques critiques justifiées non seulement aux lacunes de cette loi mais aussi à l'impossibilité d'entretenir ce fichier. A. Touraine.

R. Degos. — **Droits de la femme et du mineur en ce qui concerne le secret professionnel dans les maladies vénériennes.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **17**, n° 10, octobre 1945, pp. 554-556.

Le médecin doit le secret à son malade, le mari ne peut donc pas exiger le diagnostic de sa femme. Cependant le médecin devra faire effort auprès du malade pour être délié du secret auprès de l'autre époux et examiner celui-ci. Au cas de refus, « l'examen du conjoint peut et doit être pratiqué », au nom de l'article 8 de la loi du 31 décembre 1942; si cet examen est positif, ce conjoint doit être averti de son affection (article 4 de la même loi). Il en est de même si une femme atteinte d'accidents vénériens réclame son diagnostic, alors que son mari voudrait le cacher.

Si le malade est mineur, l'avertissement obligatoire sera délivré soit à lui, soit à ses parents, selon le jugement du médecin à propos de chaque cas particulier (article 4 de la même loi). A. Touraine.

17a. — *Chancrelle* (Généralités).

Alberto Midana. — **Recherches sur le mécanisme de diffusion de l'allergie streptobacillaire:** (Richerche sul mecanismo di diffusione dell'allergia streptobacillaire). *Il dermosifilografo*, année **20**, vol. **21**, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 145 à 152. Bibliographie.

Le mécanisme par lequel l'allergie, depuis le siège où s'est produit le contact avec l'antigène, se diffuse dans l'organisme tout entier est actuellement l'objet de discussions : les uns estiment que cette diffusion s'effectue par simple contiguité

cellulaire « en tache d'huile »; pour d'autres au contraire, elle se produit par diffusion du principe actif à travers le courant sanguin et lymphatique.

Étant données ces divergences, l'auteur a pensé qu'il pouvait apporter une contribution utile à cette question en cherchant à établir systématiquement le rythme et la rapidité avec laquelle se diffuse l'allergie cutanée streptobacillaire provoquée expérimentalement chez l'homme en partant du point où s'est produit le contact avec l'agent sensibilisant.

Dans ce but, sur une série de 18 malades inoculés avec le strepto-bacille de Ducrey, il a cherché, au moyen d'intradermo-réactions de Ito-Reenstierna pratiquées en série, de surprendre le début de l'apparition de l'allergie spécifique et en même temps d'évaluer par le moyen d'intradermo-réactions effectuées à des distances échelonnées (5, 20, 40, 60, 100 centimètres) du point d'inoculation, le rythme de diffusion de l'allergie elle-même.

L'apparition de l'allergie a été observée en moyenne de 4 à 5 jours après l'inoculation et elle a été constatée simultanément et à peu près avec la même intensité sur les différents points échelonnés qui ont été examinés. Il ne fut donc pas possible de mettre en évidence la moindre différence de précocité ou d'intensité de réaction entre la distance minima (5 centimètres) et la maxima (10 centimètres) du point d'inoculation.

La constatation de l'apparition de l'allergie simultanément et avec la même intensité sur toute l'étendue de la peau se concilie mal avec l'hypothèse d'une diffusion par contiguïté cellulaire et vient au contraire à l'appui de l'opinion d'une généralisation de l'allergie par le mécanisme de la diffusion de la substance active qui en conditionne l'apparition par la voie hématique et lymphatique. BELGODÈRE.

BACCAREDA (Gênes). — **Nouvelles recherches sur l'influence de quelques substances à action antisulfamidique sur les inoculations expérimentales de bacille de Ducrey** (Ulteriori ricenche sull'influenza di alcune sostanze ad azione antisolfonamidica sugli innesti sperimentali di bacillo di Ducrey). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **86**, fasc. I, novembre 1945, pp. 23 à 40, 2 figures. Bibliographie.

Pour cette étude expérimentale *in vivo*, l'A. a encore adopté une technique originale précédemment employée par lui pour l'étude de l'évolution des inoculations expérimentales de bacille de Ducrey chez des sujets soumis au traitement sulfamidé.

Pour établir une éventuelle action antisulfamidique des substances prises en considération (acide *p*-aminobenzoïque, amide de l'acide nicotinique pantotéat sodique, novocaïne, peptone) celles-ci étaient journellement ajoutées à des inoculations cutanées par scarification opportunément protégées, de matériel provenant d'ulcérations streptobacillaires expérimentales ou spontanées, chez des sujets soumis au traitement sulfamidé. Les contrôles étaient fournis par des inoculations simultanées, pratiquées dans les mêmes conditions, mais additionnées, au lieu de la substance à l'étude, de solutions physiologiques.

En se basant sur les résultats de 40 inoculations et d'autres expériences collatérales, l'A. a pu établir une action antisulfamidique nette, mais inconstante, exercée, dans les conditions expérimentales adoptées, par l'acide *p*-aminobenzoïque sur le streptobacille de Ducrey ainsi que sur les germes pyogènes qui lui sont associés.

Une action analogue, mais moins accentuée, a été constatée pour la novocaïne. Pour l'amide de l'acide nicotinique et pour la peptone toutes les expériences ont été négatives, mais on ne peut encore donner une conclusion sûre étant donné le petit nombre d'épreuves qui ont été effectuées.

L'acide pantothénique, au contraire, n'a montré aucune propriété antisulfamidique, mais plutôt un effet opposé.

Pour apprécier les résultats obtenus, il est nécessaire de tenir compte que l'évolution des inoculations est guidée par le jeu et par les rapports de beaucoup de facteurs selon les variations d'équilibre desquels le résultat de l'inoculation est sujet à varier (virulence de la souche bactérienne, densité bactérienne du matériel utilisé, réceptivité individuelle et degré de saturation par les sulfamides du sujet inoculé, concentration de la substance antisulfamidique, conditions locales de l'inoculation).

La confrontation avec les résultats obtenus avec certaines substances à action antisulfamidique (acide *p*-aminobenzoïque) dans le cas d'inoculations pratiquées chez des sujets non soumis à la médication sulfamidée suggère l'hypothèse que l'action favorisant le développement bactérien par elles exercée aurait lieu seulement en fonction de la sulfamide elle-même, c'est-à-dire en antagonisme avec elle.

BELGODÈRE.

Leopoldo BERTELOTTI (Pise). — **Essais pathergométriques dans le chancre mou** (Saggi patergometrici nella streptobacillosi) *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, fasc. III, décembre 1944, pp. 304 à 322. Bibliographie.

La pathergométrie est l'étude de la réactivité par la méthode des mesures (mesure de la réaction et mesure du réactif). Cette méthode a déjà fait l'objet de nombreux travaux au sujet de diverses maladies et avec divers réactifs. L'A. a eu l'idée de l'appliquer à l'étude du chancre mou et cela lui a semblé avoir d'autant plus d'intérêt que les recherches histopathologiques qui ont été faites sur la réaction de Ito-Reenstierna ont donné des résultats plutôt contradictoires.

Ainsi Sézary aurait trouvé un foyer précoce de nécrose dermique tandis que, pour Venturi, il ne se produirait qu'un œdème diffus et des infiltrats périvasculaires. L'A. s'est demandé si la diversité des tableaux histopathologiques de la réaction de Ito-Reenstierna n'était pas due aux conditions pathergiques du sujet.

Les recherches ont porté sur 21 malades dont 13 atteints de chancre mou en activité et 8 guéris depuis un certain temps. Comme réactifs ont été employés : un réactif spécifique, le vaccin antistreptobacillaire, et un réactif aspécifique, la morphine. Pour le premier, aux concentrations de 1/10, 1/100, 1/1.000. Pour le deuxième, concentrations de 1/100, 1/1.000, 1/10.000, 1/100.000.

Les résultats ont été les suivants :

1° L'excitant spécifique (vaccin) a montré l'existence d'une orientation pathergique vers l'homodynamie, aussi bien dans les cas en activité que chez les sujets guéris ;

2° Avec l'excitant aspécifique (morphine) la plupart des réponses ont été orientées dans le sens de la pléoesthésie ;

3° L'examen histologique des intradermo-réactions effectué 48 heures après l'introduction du vaccin n'a pas mis en lumière des manifestations réactives assez nettes pour qu'il soit possible d'individualiser des tableaux histologiques particuliers à chacune des conditions pathergiques ;

4° Le traitement sulfamidé n'a apporté aucune modification ni à l'état allergique, ni aux réponses pathergiques.

BELGODÈRE.

17b. — *Chancrelle* (Clinique).

LÉPINAY et BAUD. — **Chancrelles multiples génitales et extra-génitales.** *Maroc Médical*, année **25**, n° 263, décembre 1946, pp. 215-216, 3 figures.

Chez un homme atteint de gale et de syphilis secondaire on constate, simultanément, 3 chancrelles sur le scrotum, une au coude droit, une sur l'aile gauche du nez, toutes avec adénopathies satellites. Guérison par les sulfamides, l'iodoforme et le dmelcos.

A. TOURAINE.

J. Margarot, P. Rimbaud et Ravoire. — **Infections chancrelleuses cliniquement latentes et transmissibles.** *Bull. Soc. Méd. Montpellier* et *Languedoc Méd.*, 15 mai 1945.

La rareté apparente de la chancrelle chez la femme est une notion classique; ses lésions sont souvent discrètes, de localisation anormale et peuvent passer inaperçues lors d'un examen rapide. Au cours d'une récente épidémie régionale de chancres mous, 6 prostituées furent arrêtées à la suite de plaintes pour contamination; l'examen le plus minutieux ne révéla chez elles aucune lésion anogénitale; par contre, toutes ces femmes avaient une intradermo-réaction de Ito-Reenstierna positive. Une série de réactions de contrôle fut effectuée chez 32 prostituées n'ayant fait l'objet d'aucune plainte. Toutes les réactions furent négatives.

Les six femmes malades furent traitées par la protéinothérapie (injections de lait) : elles ne furent, par la suite, à l'origine d'aucune nouvelle contamination.

P. Rimbaud.

W. Sheldon et A. Heyman. — **Etudes sur la chancrelle. — I Observations histologiques avec estimation de la biopsie comme moyen de diagnostic** (Studies on chancroid. — I. Observations on the histology with an evaluation of biopsie as a diagnostic procedure). *Amer. Journal of Pathology* (Ann. Arbor), t. **22**, mars 1946, pp. 415-426.

Dans 45 cas de chancrelle, dont 35 avec culture positive, une histologie caractéristique a permis le diagnostic après biopsie pratiquée sans anesthésie avec la pince spéciale de Gaylor.

Il existe une prolifération endothéliale marquée qui prédomine dans la zone moyenne. Les vaisseaux se disposent en palissade; ils montrent une dégénérescence de leur paroi, avec une infiltration dense de leur couche profonde par des plasmocytes et des lymphocytes qui se dégrade progressivement vers la périphérie.

A Touraine.

R. Dienst et S. Gilkerson. — **Valeur du test cutané au Ducrey dans la chancrelle** (Evaluation of the Ducrey skin test for chancroid). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 65-68. **courte bibliographie.**

La présence de *Hemophilus Ducreyi* dans les lésions, par frottis ou culture, n'a pu être constatée que dans 62,4 o/o des cas sur 116 malades atteints cliniquement de chancrelle.

Les tests cutanés ont donné : Ducrey positif et Frei négatif dans 40,6 o/o, Ducrey négatif et Frei positif dans 4,7, Ducrey et Frei positifs dans 6,6, Ducrey et Frei négatifs dans 48,1 des cas de lésions ulcéreuses de la verge; Ducrey positif et Frei négatif dans 67,0 o/o, Ducrey négatif et Frei positif dans 26,4; Ducrey et Frei positifs dans 3,8, Ducrey et Frei négatifs dans 1,9 sur 103 cas de bubons suppurés de l'aine. A. Touraine.

A. Heyman, P. Beeson et W. Sheldon (U. S. A.). — **Diagnostic de la chancrelle : valeur relative de la biopsie, des cultures, des frottis, de l'auto-inoculation et des tests cutanés** (Diagnosis of chancroid : The relative efficiency of biopsies, cultures, smears, autoinoculations and skin tests) *Journal of the American Medical Association*, t. **129**, 1945, p. 935.

Un résultat positif, affirmant le diagnostic, est obtenu par :

biopsie (si le chancre est déjà étendu) dans 90 o/o des cas;

culture du bacille de Ducrey dans au moins 75 o/o des cas (méthode recommandée au cas d'adénite sans chancrelle visible);

frottis dans 50 o/o des cas;

auto-inoculation de faible valeur pratique et avec divers inconvénients;

tests cutanés dans 77 o/o des cas. A. Touraine.

17d. — *Chancrelle* (Traitement).

R. Greenblatt, E. Sanderson, F. Mortara et H. Kupperman. — **Prophylaxie expérimentale du chancre mou** (Experimental prophylaxis of chancroid disease). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Disease*, t. **27**, janvier 1943, pp. 30-43.

Reproduction de chancres mous par scarifications et inoculation de cultures d'*Hemophilus Ducreyi* de moins de 48 heures, à condition qu'il s'agisse de souches récemment isolées. Succès dans tous les cas (170 inoculations chez 19 volontaires).

Dans une autre série d'expériences, essais de la valeur prophylactique de certains remèdes : savons, pommade au calomel, picrate d'argent, antiseptique mercuriel sans effet. Le sulfathiazol donné par la bouche avant et après l'inoculation empêche le développement de la chancrelle à condition que son administration n'ait pas cessé depuis 3 à 5 jours. L'application locale de poudre de diverses sulfamides a été efficace; leurs dilutions à 5 et à 10 o/o dans l'eau ou dans l'huile n'ont protégé que dans la moitié des cas. Les A. se déclarent satisfaits de l'usage d'une pommade renfermant à la fois 25 à 33 o/o de calomel et 20 à 33 o/o de sulfamide (9 échecs sur 34 inoculations). A. Touraine.

Daniel Bergsma. — **Prophylaxie de la blennorragie et de la chancrelle par le sulfathiazol, chez les soldats de la zone des Caraïbes** (Sulfathiazole prophylaxis for gonorrhea and chancroid among the soldiers of the caribbean area. *American Journal of Syphilis*, July 1946, pp. 368-379.

Rapport sur la prophylaxie par une dose unique de sulfathiazol, effectuée sur une large échelle dans une zone tropicale.

La dose unique de deux grammes à absorber immédiatement après le rapport fut donnée aux soldats qui l'acceptèrent comme partie des mesures prophylactiques. Chacun d'eux fut soigneusement examiné par un médecin le septième jour.

70.861 doses furent distribuées. La toxicité fut très basse quelle que fut la fréquence de cet usage et l'absorption ou non d'alcool.

L'usage de la sulfo-prophylaxie diminua avec le cours de l'expérience. Ceci fut interprété comme la preuve que ceux qui au début ne venaient dans les stations prophylactiques que pour prendre les comprimés, étaient graduellement amenés à se servir de toutes les mesures mises à leur disposition par la station.

Des atteintes se produisirent non seulement quand le sulfathiazol fut uniquement utilisé, mais aussi quand le malade s'était servi de préservatif, avait passé par la cabine prophylactique et avait absorbé ses comprimés une demi-heure après le rapport. Néanmoins la proportion des infections était basse, beaucoup plus basse que si tous ces rapports avaient été effectués sans aucune précaution. Bien que la proportion des accidents chez les sulfa-protégés fut très basse (0,67 o/o) elle fut encore plus basse quand le soldat avait subi toutes les mesures prophylactiques (0,07 o/o). M. Mansour.

S. Bugarski. — **Influence de la pyrétothérapie sur le tréponème et sur les maladies dues au bacille d'Unna-Ducrey ; sa valeur dans le diagnostic du chancre mixte** (Der Einfluss von Fieberreaktionen auf die Spirochæta pullida und auf die durch Unna-Ducreysche Streptobazillen hervorgerfenen Erkrankungen sowie ihre Rolle in der Diagnostik des gemischten Schankers). *Dermatologische Wochenschrift*, t. **116**, 1943, pp. 158-161.

Sous l'action pyrétogène de certains médicaments, les tréponèmes disparaissent des lésions, alors que la fièvre produite par des vaccins non spécifiques n'a que très peu d'effets, pas plus d'ailleurs que sur les symptômes de la chancrelle. D'autre

part, l'injection de vaccin antistreptobacille d'Unna-Ducrey a une action considérable sur la chancrelle et la partie chancrelleuse du chancre mixte sans que les tréponèmes de celui-ci soient affectés Il y a donc là un moyen intéressant de diagnostic du chancre mixte. A. TOURAINE.

C. HARP Jr. — **Observations sur la thérapeutique chancrelleuse avec ou sans le sulfathiazol** (Observations on chancroid therapy with and without sulfathiazole). *American Journal of Syphilis*, July 1946, pp. 361-367.

Trois cent cinquante cas de chancrelle furent analysés, tant au point de vue de la période d'incubation, de la taille et du caractère de l'ulcération qu'au point de vue de l'incidence et des caractères de l'adénopathie.

Trois cents furent traités par sulfathiazol buccal et cinquante ne reçurent aucun traitement spécifique. Plusieurs considérations importantes : la propreté locale est la mesure thérapeutique la plus importante. La pénicilline ne doit pas être utilisée pour la chancrelle, sauf dans les cas de syphilis surajoutée et confirmée. La plupart des malades guérissent rapidement sans agent thérapeutique spécifique. Le temps nécessaire à la cicatrisation est en fonction de la taille de l'ulcère. Le sulfathiazol empêche l'ulcère de s'agrandir et semble assurer une cicatrisation progressive, ceci est peut-être dû au manque d'infection secondaire plutôt que par une action directe sur le bacille de Ducrey. L'efficacité du sulfathiazol est plus apparente sur les ulcères mesurant plus de 10 millimètres. Dans les petits ulcères le sulfathiazol est utile mais non pas indispensable. Néanmoins toute chancrelle devrait être traitée avec les sulfonamides.

M. MANSOUR.

F. MORTARA et M. SAITO (New-York). — **La streptomycine dans la chancrelle expérimentale** (Streptomycin in experimental chancroid). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 20-26, 1 tableau, 4 figures, courte bibliographie

Après inoculation intradermique de bacille de Ducrey, 11 lapins ont reçu 150.000 U. de streptomycine en 24 heures, en 3 injections intramusculaires. Il ne s'est pas produit de chancrelle si le traitement est fait 1 heure avant ou 4 heures après l'inoculation; celle-ci a réussi si les injections n'ont commencé que 17 à 21 heures plus tard. A. TOURAINE.

20 ae. — *Syphilis* (Mycothérapie).

C. LEVADITI et A. VAISMAN. — **Traitement de la syphilis expérimentale et humaine par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 15, 16 et 17. Séance du 7 mai 1946, pp. 284-288.

Les auteurs ont montré dans une note antérieure que l'association de pénicilline et de bismuth, utilisés à des doses subthérapeutiques, pouvait réaliser chez les lapins syphilisés non seulement un effet microbiologique et clinique de premier ordre, mais encore la stérilisation profonde de l'organisme, ce qui ne se produit pas si chacun des médicaments est administré isolément aux mêmes doses.

Ils ont utilisé à cet effet dans le traitement de la syphilis expérimentale et humaine une préparation liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et de α-carboxyéthyl, β-méthyl nonoate basique de bismuth (bivatol) permettant d'injecter simultanément par voie intramusculaire la pénicilline et le bismuth. Les résultats de leurs observations ont été les suivants :

Dans la syphilis expérimentale du lapin, l'association liposoluble d'ester méthy-

lique de pénicilline et de bismuth, utilisée aux doses de 10.000 à 50.000 U. O. et de 1 à 5 milligrammes de Bi par kilogramme, a provoqué une disparition rapide des spirochètes et une prompte cicatrisation des accidents spécifiques.

Dans la syphilis humaine, 4 cas de syphilis primaire et 5 cas de syphilis secondaire, dont un arséno-bismutho et mercuro-résistant à sérologie positive, ont été traités par une dose totale de 1.800.000 U. O. et 60 centigrammes de Bi, répartis en deux séries d'injections intramusculaires quotidiennes de quinze jours chacune, séparées par un intervalle de sept jours. Sans préjuger des constatations à venir, ce traitement a permis d'obtenir la disparition des tréponèmes en deux à trois jours, exceptionnellement (dans un cas de syphilis résistante) en six jours. La cicatrisation des lésions tant primaires que secondaires, a été obtenue dans un délai de six à douze jours.

Les séro-réactions négatives au début se sont maintenues négatives pendant la durée du traitement. Dans les cas sérologiquement positifs, il y a eu une tendance manifeste vers la négativité sans que celle-ci ait été cependant obtenue d'une manière générale (1 cas entièrement négatif, 6 cas moyennement ou partiellement positifs).

Le traitement a été bien supporté dans tous les cas. A son innocuité s'ajoute le double avantage d'une conservation prolongée, sous cette forme, de la fonction pénicillinique *in vitro* à + 4°, et d'une lenteur marquée dans la résorption et l'élimination du médicament. LUCIEN PÉRIN.

H. BUNDESEN, R. CRAIG, G. SCHWEMLEIN, R. BARTON et Th. BAUER (Chicago). — **Le traitement rapide de la syphilis récente par l'emploi combiné de pénicilline et de mapharsen** (The rapid treatment of early syphilis with the combined use of penicillin and mapharsen). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 5, septembre 1946, pp 475-479, 4 tableaux.

107 syphilitiques primaires ou secondaires, avec ultra-microscope positif, ont reçu simultanément un total de 300.000 U. de pénicilline (en 60 injections, c'est-à-dire en 7 jours et demi) et 320 milligrammes de mapharsen (en 8 injections de 40 milligrammes).

Chez 34 d'entre eux ce traitement s'est montré insuffisant (31 échecs sérologiques et 33 cliniques). Cette méthode ne peut donc pas être considérée comme satisfaisante. A. TOURAINE.

W. DUNHAM et G. RAKE. — **L'activité de la streptomycine dans la syphilis expérimentale** (The activity of streptomycin in experimental syphilis). *Science* (Lancaster), t. **103**, 22 mars 1946, p. 365.

Des lapins sont syphilisés par injection intracutanée dorsale d'émulsions de testicules de lapins infectés avec la souche Nichol de tréponèmes. Avant le 3e jour, on commence un traitement par des injections de streptomycine toutes les 4 heures pendant 4 jours. Si des lésions se produisent au point d'inoculation, l'échec du traitement est confirmé par la recherche des tréponèmes. Si aucune lésion ne se développe, le lapin est sacrifié après 4 mois et une émulsion de ses ganglions poplités est injectée dans le testicule de 2 lapins; si cette nouvelle inoculation est négative, le premier lapin est considéré comme ayant été guéri. Les préparations de streptomycine renfermaient 158 à 229 U. par milligramme.

La dose la plus faible de streptomycine qui a suffi pour amener la guérison a été de 79.000 U. par kilogramme (375 milligrammes par kilogramme) dans un

cas et de 187.000 U. (817 milligrammes) dans un autre. Le même résultat a été obtenu avec 147 U. par kilogramme (0 mgr. 088) de pénicilline G cristallisée.

La streptomycine a donc une action curative sur la syphilis; mais la pénicilline G est plus de 3.000 fois plus active. A. Touraine.

R. Fisken et O. Gruhzit (Detroit, U. S. A.). — **Action de la streptomycine dans la syphilis expérimentale du lapin** (The effect of streptomycin on experimental syphilis infection of rabbits). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 6, novembre 1946, pp. 581-585. Bibliographie.

A la dose de 1.000 à 4.000 U. subtilis par kilogramme et par jour pendant 20 jours, la streptomycine ne détermine aucune régression des lésions, ni de disparition des tréponèmes de ces lésions, chez le lapin. Au contraire, les accidents continuent à progresser. Mêmes résultats infructueux si, chez ces mêmes lapins, on porte ensuite la dose à 6.000, 8.000 et 10.000 U. pendant 13 jours. Les tréponèmes sont restés vivants après une dose totale de 210.000 U. subtilis par kilogramme en 33 jours.

La streptomycine n'a pas d'action sur la virulence du *Treponema pallidum*.

A. Touraine.

Pasteur Vallery-Radot, Milliez et Michel Rathery. — **Apparition d'une efflorescence cutanée chez une malade syphilitique à la période secondaire traitée par la pénicilline et le bismuth** *Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 4e série, année **63**, nos 7 et 8. Séance du 28 février 1947, pp. 152-153.

Les auteurs présentent une malade atteinte de syphilis secondaire, traitée par 2.500.000 U. de pénicilline suivies de quinze injections de néo-solmuth et qui malgré ce traitement classique présenta, peu de temps après, un ictère accompagné d'une efflorescence cutanée roséolique.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, sans profession avouée, entrée dans leur service le 11 février 1947 pour un ictère survenu à la suite de ce traitement. Hospitalisée à Saint-Lazare du 11 décembre 1946 au 24 janvier 1947 pour syphilides hypertrophiques vulvaires et péri-anales, elle avait été traitée pendant toute la durée de son hospitalisation et avait quitté cet établissement le 24 janvier porteuse d'une séro-réaction encore positive (Vernes A 21, B. 101). Le 28 janvier, elle avait été prise d'asthénie intense avec état nauséeux et diarrhée. Rapidement était apparu un ictère généralisé nécessitant sa seconde hospitalisation. Le 11 février, date de cette nouvelle entrée, elle présentait en plus de son ictère, une éruption généralisée à type de roséole de retour, accompagnée de syphilides pigmentaires du cou, de pléiades ganglionnaires inguinales et cervicales, ainsi que d'une séro-réaction de Bordet-Wassermann positive. Un nouveau traitement par la pénicilline (3.500.000 U.) ayant été institué, l'ictère et la roséole s'atténuèrent rapidement, mais la séro-réaction se maintint positive après ce traitement.

Cette observation témoigne une fois de plus des insuccès qui peuvent se produire à la suite de la pénicillinothérapie, même quand celle-ci est associée à la bismuthothérapie; il en est de la pénicilline comme de toutes les médications antisyphilitiques, qui, quelle que soit leur activité, connaissent des échecs et n'immunisent pas contre les récidives. La nature syphilitique de l'éruption cutanée ne saurait ici être mise en doute. Il est vraisemblable que l'ictère ayant accompagné cette éruption relève d'une étiologie identique et doit être considéré comme une récidive syphilitique du même ordre. Lucien Périn.

C. de Gennes, H. Bricarre, Cl. Lacoste et J. Mekel. — **Les accidents d'intolérance à la pénicilline.** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 15, 8 mars 1947, p. 161.

Ces accidents, peu fréquents (1 sur 2.000 malades traités) peuvent être classés en trois groupes. Hyperthermies : les unes précoces, légères et transitoires, ne contre-indiquant pas la continuation du traitement, les autres tardives survenant au 9e jour, plus tenaces, plus intenses, s'exagérant si on continue les injections de pénicilline.

Accidents cutanés : eczémas, urticaires, érythèmes morbiliformes ou scarlatiniformes survenant soit à la suite d'applications de pommades, soit à la suite d'injections. La méthode des tests « a paru très loin d'être infaillible ». La fréquence de ces accidents a coïncidé, dans une observation, avec une pénicilline de fabrication différente.

Prurits avec ou sans lésions cutanées, accompagnés ou non de manifestations articulaires, réalisent un tableau voisin de la maladie du sérum.

Ces accidents qu'il faut connaître restent dans l'ensemble fort bénins et ne sauraient être comparés aux graves complications des composés sulfamidés.

H. Rabeau.

H. Holley (Birmingham, U. S. A.). — **Pénicillothérapie de la syphilis récente** (Penicillin therapy of early syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 41-44, 1 tableau, très courte bibliographie.

178 malades (dont 119 suivis au moins 12 mois) traités par 2.400.000 U. en 30 injections de 80.000 U. toutes les 3 heures (durée 3 jours et demi). Réaction d'Herxheimer dans les trois quarts des cas; douleur locale chez 10 o/o des malades. Résultats satisfaisants dans 72 o/o des cas suivis 12 mois (5 rechutes cliniques dont 1 réinfection possible).

A. Touraine.

T. Bauer, H. Bundesen, R. Craig, G. Schwemlein et R. Barton (Chicago). — **Le traitement de la syphilis récente par 600.000 unités de pénicilline en 7 jours et demi** (The treatment of early syphilis with 600.000 units of penicillin in seven and one-half days). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 45-50, 6 tableaux, 2 indications bibliographiques.

339 syphilitiques à ultra positif ont reçu 600.000 U. au total et en 7 jours et demi, en 60 injections de 10.000 U.; 97 échecs et 5 cas possibles de réinfection (brèves observations rapportées).

A. Touraine.

A. Heyman et J. Yampolsky. — **Pénicillothérapie de la syphilis congénitale du nourrisson** (Treatment of infantile congenital syphilis with penicillin). *American Journal of Diseases of Children*, t. **71**, 1946, p. 506.

22 cas : 13 guérisons cliniques et sérologiques en 18 mois, 4 sérologies encore positives au seizième mois, 2 rechutes sérologiques, 3 morts (dans des cas graves avec forte dénutrition).

A. Touraine.

E. Wilkinson, W. Saunders et A. Hansen. — **Pénicillothérapie de la syphilis congénitale** (Penicillin in the treatment of congenital syphilis). *Texas State Journal of Medicine*, t. **41**, 1945, p. 401.

29 enfants ou nourrissons ont été traités par 20.000 ou 40.000 U. par kilogramme en 60 à 80 injections, pendant 7 jours et demi. 13 d'entre eux avaient des manifestations cliniques qui se sont améliorées en 24-48 heures et ont guéri durant le traitement; la rhinite a persisté 2 à 4 semaines; les lésions osseuses et la sérologie ont rétrocédé progressivement. Chez 4 enfants à syphilis latente, la sérologie est devenue négative au troisième traitement. Bon résultat dans 4 kératites interstitielles sur 6. Aucun effet dans la neurosyphilis congénitale tardive.

A. Touraine.

Le gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1948, 1er TRIMESTRE, N° D'ORDRE 718, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, N° 808. — 2-1948.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE QUELQUES ANOMALIES PLASMATIQUES ET SÉROLOGIQUES CHEZ LES PSORIASIQUES. INCIDENCES THÉRAPEUTIQUES

Par

A. LÉVY-FRANCKEL et P. BRÉANT

Ancien chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis

Ex-Chef de Laboratoire à l'hôpital Tenon
Ex-élève de l'Institut Pasteur

Dans une communication à la *Société de Dermatologie*, en novembre 1945, l'un de nous attirait l'attention sur les modifications observées dans la teneur en certains éléments du sang et sur certains troubles de la coagulation chez les sujets atteints de psoriasis ; nous nous proposons dans cet article de nous étendre plus longuement sur les résultats obtenus, et de mettre en lumière certains points sur lesquels nous n'avions pu insister dans notre premier travail.

Nos recherches ont porté, essentiellement, sur les facteurs suivants : réserve alcaline, cholestérolémie, temps de saignement et temps de coagulation.

1° *Réserve alcaline*. — Les analyses ont été pratiquées sur le plasma sanguin prélevé sans garrot et sous huile de paraffine neutre à la veine du pli du coude. Les dosages ont été effectués par décomposition à l'acide sulfurique au moyen de l'appareil de Van Slyke.

Une première série d'analyses pratiquées en 1938-1939 avec M. Logeais à l'Hôpital Saint-Louis dans le service de R. J. Weissenbach, portant sur la réserve alcaline seule, avaient permis, sur 53 sujets, de noter les résultats suivants :

Réserve alcaline basse (32 à 48 o/o) = 19 soit 37 o/o.
Réserve alcaline normale (49 à 56 o/o) = 32 soit 59 o/o.
Réserve alcaline élevée (60 à 76 o/o) = 2 soit 4 o/o.

En 1944-1947, une nouvelle série de 42 sujets a été examinée, au triple point de vue réserve alcaline, cholestérolémie, anomalies de la coagulation.

Les résultats, différents en certains points des précédents, ont été les suivants :

Réserve alcaline basse : 20, soit 44 o/o.
Réserve alcaline normale : 15, soit 31 o/o.
Réserve alcaline élevée : 11, soit 25 o/o.

La proportion reste sensiblement la même en ce qui concerne les psoriasiques à réserve alcaline basse ; par contre, la différence est importante chez les sujets à réserve alcaline normale ou élevée. Il n'est pas impossible que les modifications du régime alimentaire, différent en 1938-1939 et 1944-1947, jouent un rôle dans cette différence de pourcentage : R. Lecoq (1) expérimentant sur 2 séries de lapins, examinées respectivement en 1940 et 1945, a observé des modifications comparables.

2° *Cholestérolémie.* — Les analyses ont été pratiquées selon la technique colorimétrique en comparaison avec des solutions titrées de cholestérol. Elles ont porté sur 34 sujets.

Le cholestérol a été trouvé :

en excès chez 29 malades, soit 84 o/o,

normal chez 5 malades, soit 16 o/o.

3° *Anomalies de la constitution plasmatique.* — Sur 30 sujets examinés, les résultats ont été les suivants :

a) Temps de saignement, calculé selon la méthode de Duke :

Raccourci (30″ à 1′30″) : 18, soit 63 o/o.

Normal (2′ à 4′) : 12, soit 37 o/o.

b) Temps de coagulation, selon la méthode de Milian :

Raccourci (2′ à 3′) : 6, soit 20 o/o.

Normal (5′ à 10′) : 2, soit 7 o/o.

Retardé (18′ à 23′) : 22, soit 73 o/o.

Notons que dans la majorité des cas il y a dissociation du temps de saignement et du temps de coagulation : chez 12 sujets avec raccourcissement du temps de saignement s'oppose un retard de la coagulation. Chez 4 sujets les modifications plasmatiques sont de même ordre : raccourcissement du temps de saignement, rapidité anormale (50″ à 3′) de la coagulation, 4 sujets ont, avec un temps de saignement raccourci, un temps de coagulation normal, 7 avec un temps de saignement normal, un retard de coagulation. Chez deux sujets, temps de saignement et temps de coagulation sont normaux.

Ces anomalies de la constitution plasmatique ne paraissent pas être fonction du taux de la réserve alcaline ni du taux de la cholestérolémie.

Incidences thérapeutiques. — Comme l'a fait observer à juste titre A. Touraine (2) dans le traitement du psoriasis par d'autres procédés que les bains, les pommades ou les agents physiques, à peu près toutes les substances ayant des propriétés thérapeutiques ont été proposées et à peu près toutes ont donné des résultats « le mieux que l'on puisse dire, de chacun des traitements rajeunis ou modernes, dit A. Touraine, est que, s'il satisfait généralement son auteur, il déçoit habituellement ceux qui l'ont voulu contrôler ». Quand le médecin se trouve en présence d'un sujet atteint de psoriasis, il ne trouve, dans l'aspect clinique ou histologique des lésions cutanées, non plus que dans les antécédents pathologiques du sujet, aucun guide pour orienter une thérapeutique, autre qu'externe, vers tel ou tel produit proposé pour le traitement général de cette dermatose.

Sans avoir l'ambition de codifier une thérapeutique des différents types de psoriasis avec les données encore très incertaines et sujettes à révision que nous possédons, on peut se demander si ces modifications sanguines sont des épiphénomènes indépendants des manifestations cutanées, ou si elles sont la résultante de l'état inconnu qui est à l'origine du psoriasis et jouent un rôle dans l'apparition de la dermatose. Dans cette dernière hypothèse, la correction de l'anomalie sanguine devrait amener une atténuation ou une disparition des manifestations cutanées.

I. Anomalies du temps de saignement et du temps de coagulation. — En ce qui concerne ces éléments, nous ne pouvons apporter aucune réponse. Nous ignorons tout de leur origine. Nous nous sommes demandé si ces anomalies n'étaient pas dues à un excès de prothrombine, à cet effet, nous avons essayé de doser la prothrombine suivant la méthode de Quick. Malheureusement, nous n'avons pu obtenir une thromboplastine étalonnée et d'activité suffisante. D'autre part, les substances utilisées pour la correction des phénomènes d'hypercoagulabilité, telles que la coumarine ou l'héparine, sont loin d'être inoffensives, et nous n'avons pas voulu les prescrire à nos malades.

II. Anomalies du cholestérol sanguin. — D'après les différentes recherches qui ont été pratiquées sur la teneur en cholestérol du sang des psoriasiques, ceux-ci peuvent être classés en trois catégories :

a) *Psoriasis avec hypocholestérolémie.* — Bernhart et Zalensky, Scheiner et Bilger, ont trouvé un abaissement du taux de cholestérol chez les psoriasiques, dans 64 à 70 o/o des cas.

b) *Psoriasis avec cholestérolémie normale.* — Huffschmit et Mayer (3) ont trouvé une hyperlipémie portant surtout sur les lipoïdes, la cholestérolémie étant en général normale. Huriez et Leborgne (4) une augmentation des protides totaux, le cholestérol étant normal dans 17 cas, augmenté dans 2.

c) *Psoriasis avec hypercholestérolémie.* — Ce sont les types de malades rencontrés par Pulay. Desaux et Pretet (5), sur 24 sujets examinés, ont trouvé 17 fois une augmentation du cholestérol total, 7 fois une cholestérolémie normale.

En ce qui concerne le métabolisme des graisses, il semble que dans les pays d'Europe Centrale (Gutz), et même dans l'Est de la France, le régime sans graisse ait donné des résultats inconnus dans nos régions. Huffschmitt et J. Meyer, après avoir signalé la fréquence du psoriasis en Alsace, pays de grosse consommation de corps gras, sa fréquence encore plus grande dans certaines catégories sociales (bouchers, charcutiers, pléthoriques), insistent sur la disparition habituelle de la dermatose pendant la guerre de 1914-1918, et sa reviviscence, après l'armistice, chez les sujets demeurés dans les territoires allemands carencés en graisse. Une de nos malades, polonaise revenant de déportation en Tchécoslovaquie, avait vu également son psoriasis disparaître pendant son séjour d'un an 1/2 dans un camp, pour réapparaître après quelques semaines de régime normal.

Il ne paraît donc pas niable que chez certaines catégories de psoriasiques,

la carence en matières grasses blanchit tout au moins momentanément, les sujets atteints de cette dermatose.

Des travaux, surtout américains, ont fait état d'un certain nombre de psoriasis blanchis ou améliorés par l'emploi de la vitamine D ou l'extrait concentré d'huile de foie de morue. Tacker (6), sur 12 malades traités, obtient 9 blanchiments. Ceder et Zon (7), avec 300 à 400.000 unités de vitamine D, ont vu 12 psoriasiques sur 15 blanchis en 12 semaines ; Brunstig (8) sur 19 cas traités par 100.000 u. c. obtient 3 blanchiments, 7 améliorations en 2 à 7 mois, 2 échecs et 2 aggravations. Gineste et Decroc (9) observent, grâce à cette même vitamine D, la recalcification des extrémités osseuses articulaires d'un sujet atteint de rhumatisme psoriasique.

Quel serait, dans ces cas heureux, le mécanisme d'action de la vitamine D ? On serait tenté d'admettre, d'après les conclusions de Nagaya (10) qu'elle agit sur la cholestérolémie. D'après Nagaya, l'administration de la vitamine D amène une baisse du cholestérol sanguin. Les intéressantes recherches de Cl. Huriez et de J. Leborgne, portant sur le taux de la calcémie, habituellement abaissée, de la cholestérolémie, élevée seulement dans 2 cas sur 17, et des protides totaux, accusant une hyperprotidémie oscillant entre 80 et 100 grammes par litre, donneraient plutôt à penser qu'il s'agit d'une action sur cette hyperprotidémie puisque, sur 40 sujets, 28 ont été guéris ou sensiblement améliorés dans un délai de 6 semaines à 2 mois. Une lettre qu'a bien voulu nous adresser M. Leborgne mentionne 3 observations (1, 8, 16), où l'administration de vitamine D a fait baisser le taux de cholestérol.

Dans l'observation I, où le taux était de 2 gr. 10 avant l'administration de vitamine D, l'abaissement de ce taux à 1 gr. 65 n'a amené aucune modification des lésions cutanées.

Dans l'observation 8, l'abaissement de taux de cholestérol de 2 gr. 70 à 1 gr. 75, s'est accompagné d'une guérison lente.

Dans l'observation 16, où il existait de l'hypocholestérolémie (1 gramme), avec l'abaissement du taux de cette dernière à 0 gr. 80, l'amélioration clinique a été rapide.

Nous avons soumis au traitement par la vitamine D 17 sujets atteints de psoriasis en période d'extension, à la dose de 2 ampoules par semaine (stérogyl 15) pendant 3 semaines à 1 mois. Les résultats sont résumés dans le **tableau suivant :**

Sujets à cholestérolémie	Elevée	Normale
Blanchis en 2 à 3 semaines .	7	1
Résultat nul	3	2
Non revus.	4	

Ces chiffres ne peuvent être acceptés que sous certaines réserves ; à l'actif du rôle favorable de la vitamine D, nous trouvons en effet une proportion de résultats positifs de 70 o/o chez tous les psoriasiques hypercholestérolémiques, contre 33 o/o chez les sujets dont le taux de cholestérol était normal. Mais la disproportion entre les catégories de malades traités, 14 hypercholestérolémiques contre 3 sujets à taux de cholestérine normal, ne permet pas de considérer la proportion des résultats positifs comme rigoureusement exacte : cette disproportion tient, en partie, à ce que dans la série des malades examinés, le nombre des hypercholestérolémiques dépassait notablement celui des sujets à taux de cholestérol normal, et en partie à ce que nous avons administré de préférence la vitamine D aux sujets hypercholestérolémiques.

Au passif de la conception d'une action favorable de la vitamine D sur le taux du cholestérol sanguin et sur les manifestations cutanées retenons l'observation I de MM. Huriez et Leborgne, dans laquelle, malgré l'abaissement du taux de cholestérol de 2 gr. 10 à 1 gr. 05, le psoriasis n'a pas été modifié.

Notons également l'échec de la vitamine D chez une de nos psoriasiques à taux de cholestérol dépassant légèrement le chiffre normal (1 gr. 76) atteinte de pleurite avec épanchement, chez laquelle nous pouvions espérer un résultat favorable.

III. Modifications de la réserve alcaline. — La mise en équilibre de rapport $\frac{\text{Acide carbonique}}{\text{bicarbonate}}$, paraît donner des résultats qui, sans être entièrement satisfaisants, apportent néanmoins plus de précision.

Dans leur travail de 1932, Spillmann, Vérain et Weiss (11), tenant compte du chiffre du *p*H plus que de celui de la réserve alcaline, ont examiné, au point de vue de l'équilibre acide-base, 17 psoriasiques. Ils ont trouvé, dans 3 cas, l'équilibre normal, 3 sujets en état d'acidose, et 11 en état d'alcalose. Ces auteurs ont cherché à équilibrer le rapport $\frac{\text{Acide}}{\text{base}}$ chez les sujets à réserve alcaline basse, par le bicarbonate de soude (20 grammes par jour) associé au citrate de soude ; le borate de soude en injections intraveineuses tous les 2 jours, l'hyposulfite de soude à 20 o/o, qui leur a paru moins efficace. Contre l'alcalose, ils ont utilisé la limonade phosphorique (3 à 6 grammes par jour), le phosoforme (C àCC gouttes). Le chlorure de calcium (intraveineux), le NaBr (intraveineux), 5 à 10 centimètres cubes d'une solution à 10 o/o.

Sur 11 sujets à réserve alcaline élevée, 3 ont été blanchis par le traitement rééquilibrant, 3 améliorés, 4 sont des échecs. Les auteurs ne font état que d'un seul cas d'acidose traité par le bicarbonate de soude, non revu.

d) *Psoriasis à réserve alcaline basse.* — L'un de nous a utilisé, en 1917-1918, au Centre D. V. de la Ve Région, une solution de bicarbonate de soude à 10 o/o dans l'eau distillée à doses croissantes (de 5 centimètres cubes à 70 centimètres cubes), en injections intraveineuses, sans qu'il soit tenu compte, à cette époque, de la réserve alcaline.

Les injections de fortes doses (50 à 70 centimètres cubes) étaient parfois suivies de réactions fébriles passagères.

Nombre de sujets traités : 10.

Blanchi : 1.

Améliorés : 2.

Échecs : 7.

Depuis 1938 nous avons utilisé une solution du commerce, plus maniable, dont la composition est la suivante :

Bicarbonate de soude ⎫
» de potasse ⎬ ââ 0,10.
» de magnésie ⎭

Bleu de méthylne à 10 0/0 : 4 gouttes.

H^2O bidistillée : q. s. pour 100 centimètres cubes,

en injections intraveineuses tous les 2 jours ou tous les jours (1 centimètre cube).

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Nombre de sujets traités : 14.

Réserve alcaline	Basse	Normale	Elevée
Blanchis	5		
Améliorés . . .	3	1	
Echecs	2	1	2

Il est intéressant de comparer les résultats obtenus dans la série de malades traités en 1917-1918 par l'alcalinisation, à une époque où nous n'avions pas encore la notion de la réserve alcaline (1 succès, 7 échecs), où tous les sujets étaient soumis indistinctement à la même thérapeutique, et ceux que nous notons dans la série de psoriasiques traités en 1944-1947 : 5 succès, 3 améliorations, 2 échecs chez les sujets à réserve alcaline basse, 2 échecs chez les malades en état d'alcalose.

L'influence des modifications de la réserve alcaline sur les manifestations cutanées du psoriasis nous donne, semble-t-il, l'explication des résultats obtenus par l'un de nous, avec Danlos en 1909. Ayant été soumis, pendant une période de 15 jours, au régime déchloruré, un certain nombre des psoriasiques de la salle Bichat constatèrent une poussée intense de la dermatose, qui, chez certains d'entre eux, devint prurigineuse. Or, d'après Amblard et Schmidt (12), la réserve alcaline se modifie avec la ration saline, et il existe une relation de cause à effet entre ces deux éléments : la réserve alcaline augmente sous l'influence du régime déchloruré et baisse sous l'influence du régime salé.

Il n'est pas impossible que parmi les psoriasiques soumis au régime déchloruré, certains fussent en état d'alcalose.

Enfin, il conviendrait de reprendre, à la lumière des données actuelles sur la réserve alcaline, les recherches de Ravaut, de Lortat-Jacob et leurs collaborateurs,

sur l'insulinothérapie dans le psoriasis. A. Touraine (13) a insisté récemment sur les rapports qui unissent le psoriasis et le diabète, et sur l'existence fréquente de cette diathèse chez les ascendants ou les collatéraux des diabétiques.

On sait que dans le diabète avec corps cétoniques dans les urines, la réserve alcaline est souvent très abaissée, et il y a ascension très rapide de la réserve alcaline à la suite de l'insulinothérapie.

Les psoriasiques blanchis par l'insulinothérapie, à une époque où le dosage de la réserve alcaline n'était pas entré dans la pratique, par Ravaut, Bith et Ducourtioux (14), par Lortat-Jacob, Legrain et Pellissier, ne rentraient-ils pas dans la catégorie des psoriasis à réserve basse, alors que ceux chez lesquels l'insulinothérapie a échoué, comme les malades dont l'un de nous a publié l'observation avec A. Louste et Juster (16) devaient être classés dans la catégorie opposée ?

Lortat-Jacob, Legrain et Pellissier, ont montré, en effet, que les résultats favorables de l'insulinothérapie chez les psoriasiques, n'étaient pas en rapport avec le taux de la cholestérolémie chez ces malades.

c) *Psoriasis à réserve alcaline élevée.* — Moins heureux que Spillmann et ses collaborateurs, nous n'avons, jusqu'ici, pas réussi à modifier les manifestations cutanées des sujets en état d'alcalose par le traitement acidifiant. Nous nous proposons d'utiliser le chlorure d'ammonium, et, si possible, le phénylpropionate de calcium, qui, d'après R. Lecoq (1), jouit des propriétés acidogènes qui semblent dépasser celles du chlorure d'ammonium.

Signalons enfin, sans en tirer de conclusions, que, dans deux groupes de psoriasis héréditaire, le taux de la réserve alcaline était différent, chez un père (46,8) et son fils (52,6), mais à peu près équivalent chez une mère (52,4) et sa fille (55,3).

En résumé, les résultats thérapeutiques différents obtenus par des auteurs de diverses régions, donnent à penser que certaines catégories de psoriasis dominent dans une contrée donnée : tels les heureux résultats du régime sans graisse dans les pays germaniques, de la vitamine D aux États-Unis. Sans vouloir rompre l'unité anatomo-clinique des psoriasis, et sans préjuger de l'étiologie de cette dermatose, la conception de Darier, du psoriasis-syndrome, semble pouvoir se fonder sur des bases humorales.

Les anomalies du sang des psoriasiques paraissent révéler l'existence d'un psoriasis avec trouble du métabolisme des graisses, peut-être par avitaminose D ; d'un psoriasis par modification en + ou en — de la réserve alcaline.

Les recherches de Lutz, Welcher, Reise, les publications de Gougerot, sont en faveur de l'existence de psoriasis par avitaminose C, décelables par l'épreuve de charge en vitamine C. Ces trois types n'excluent pas la possibilité d'autres modalités de cette dermatose : les psoriasis par déséquilibre endocrinien, déséquilibre dont nous ignorons à peu près complètement l'incidence sur l'équilibre acide-base ; le psoriasis post-parakératosiques, probablement accessibles aux divers procédés de désensibilisation, spécifiques (squames psoriasiques) (Desaux), et non spécifiques (désensibilisation de groupe), et peut-être aussi mycosiques. Mais, en ce qui concerne ces derniers types, nous ne disposons pas jusqu'ici, de critérium permettant de présumer à quelle thérapeutique ils réagiront.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. Lecoq. — Le phenylpropionate de calcium, nouveau sel calcique acidogène et ses indications thérapeutiques particulières. *Soc. Thérapeutique*, 12 décembre 1945 et *Thérapie*, nos 8-9-10, 1946, 398-403.
2. A. Touraine. — A propos du traitement moderne du psoriasis. *Concours médical*, 10 mars 1945, 168-170.
3. Huffschmitt et Meyer. — Psoriasis et métabolisme des corps gras. *Bulletin Soc. Française de Dermatologie*, 11 juillet 1935.
3. Huriez et Leborgne. — Psoriasis et Vitamine D. *Paris médical*, année **36**, n° 5, février 1946, 53-56.
5. Desaux et Pretet. — Contribution à l'étude du sérum des psoriasiques. *Bull. Soc. Française de Dermatologie*, 10 janvier 1946, 131.
6. Thacker. — Traitement du psoriasis par différentes préparations de Vitamine D. *Illinois médical Journal Chicago*, octobre 1940, 78-352.
7. Céder et Zon. — *J. A. M. A.*, 1938, vol. **110**, 133, et *Public Healt. Reports*, Washington, 5 novembre 1937, 1580.
8. Brunstig. — *Mayo Clinic*, 4 mai 1938, n° 18.
9. Gineste et Decrocq. — *Paris Médical*, 22 mai 1943, n° 281.
10. Nagaya. — *Soc. Méd. Sci.*, 1943, **7**, 88.
11. Spillmann, Verein et Weiss. — *Le pH en Dermatologie* (Masson, 1932).
12. Amblard et Schmidt. — *La réserve alcaline* (Doin, 1938).
13. A. Touraine. — Hérédité et corrélations du psoriasis. *Revue Médicale Française*, novembre 1944, n° 11, 159.
14. Ravaut, Bith et Ducourtioux. — L'action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis. *Bulletin Soc. Française Dermat.*, 14 juin 1925, 275.
15. Lortat-Jacob, Legrain et Pellissier. — Quelques résultats du traitement insulinique chez les psoriasiques. *Bull. Soc. Française Dermat.*, 11 février 1926, 102.
16. Louste, Lévy-Franckel et Juster. — Psoriasis et insuline. A propos du procès-verbal. *Bull. Soc. Française Dermatologie* 11 mars 1926, 152.

SUR LE LYMPHOCYTOME CUTANÉ BÉNIN

Par le Professeur Karel GAWALOWSKI (Prague)

Quand j'ai vu pour la première fois les cas de lymphocytome présentés par le Prof. Miescher à la séance sur les « granulomatoses » à Strasbourg en 1937, j'ai douté de pouvoir faire le diagnostic de cas semblables, tant ils



Fig. 1. — Lymphocytome du front (Obs. I).

ressemblaient au *lupus pernio* du lobe de l'oreille ou à la sarcoïde de Bœck de la face.

Mais en 1943-1944, alors que j'étais privé de ma Clinique (fermée avec l'Université Charles IV par les occupants), j'ai vu dans ma clientèle privée, en 10 mois, 3 malades chez lesquelles ce diagnostic s'imposait. J'ai trouvé, dans la littérature qui m'est actuellement accessible, 70 observations, sous les dénominations très différentes de lymphadénose, lymphome, lymphoblastome, lymphadénie, etc., mais dont aucune description ne correspondait cliniquement à mes deux premiers cas, qui siégeaient au front, avaient l'aspect tubéreux, franchement tumoral, et qui, au surplus, étaient solitai-

res. J'ai donc ajouté dans mon travail, publié en tchèque avec le résumé en allemand obligatoire, le sous-titre : un type nouveau, solitaire tubéreux.

Nous commençons à recevoir les publications étrangères parues de 1939 à 1945. A ma grande surprise, je trouve dans le supplément XI des *Acta dermato-venereologica* de 1943, une étude approfondie de la lymphadénose

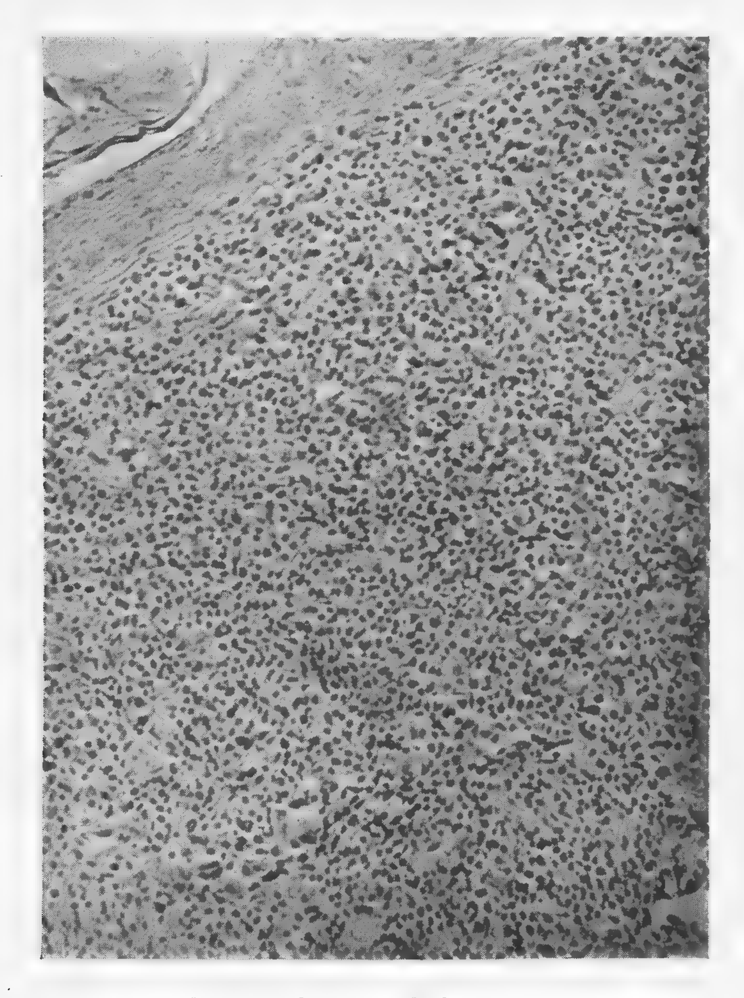


Fig. 2. — Structure de la tumeur.

cutanée bénigne, avec ses 41 cas semblables, sinon identiques, aux miens et, au surplus, une classification très proche de celle que j'ai proposée de mon côté dans mon travail de 1944.

Je trouve néanmoins utile de résumer brièvement mes observations personnelles et mes conclusions. Voici mes observations personnelles :

I. — Une dame de 56 ans, sans antécédents, remarque une plaque rose au-dessus de la racine du nez, évoluant en 6 semaines en une tumeur hémisphérique, à base

ovalaire, de 17 sur 19 millimètres (fig. 1). Les démangeaisons, fréquentes au début, deviennent rares. La surface semble lisse, mais, à la loupe, on voit les orifices glandulaires élargis sur une surface finement bosselée. L'impression de bords nets est, en même temps, corrigée : les versants se perdent insensiblement dans la peau saine. La couleur rose foncé devient, sous la vitro-pression, rose pâle avec une légère teinte jaune-grisâtre. La tumeur, mobile avec la peau, donne à la palpation une résistance élastique de gomme à effacer, une résistance que je n'avais jamais ressentie auparavant et qui m'orientait aussitôt vers le diagnostic de lymphocytome. Je pose donc le diagnostic de « granulome lymphadénoïde ou sarcoïde », quoique la couleur et l'évolution semblaient exclure le second adjectif.

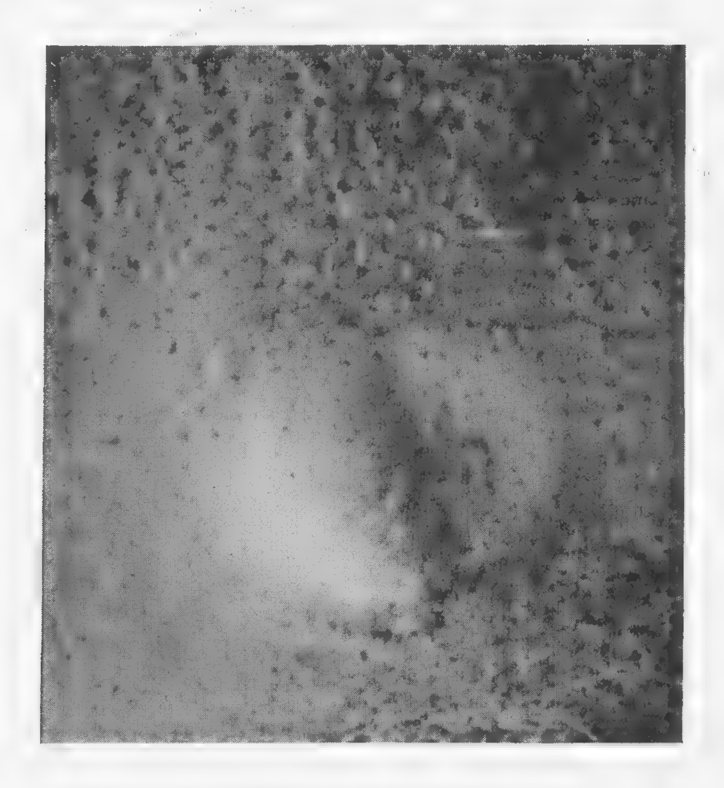


Fig. 3. — Tumeur du front, vue à la loupe (Obs. II).

Examen histologique (dû au Docent Dr Skorpil). — L'épiderme montre une hyperplasie légère; il est surélevé par un processus pathologique à bords mal limités. C'est une infiltration très vaste, en nappe, composée surtout de lymphocytes, ce qui donne l'impression d'une monotonie apparente. L'infiltration envahit toutes les parties du derme, et gagne même l'hypoderme et le tissu adipeux. Sur les bords, on trouve des cellules plasmatiques, contenant quelques corps de Russel. L'homogénéité de l'infiltration rappelle le tissu de ganglion lymphatique; on trouve même par places les follicules (centres) germinatifs. La biopsie exclut donc la possibilité d'un processus leucémique et correspond à la description du lymphocytome (fig. 2).

Formule sanguine normale.

La malade guérit par exérèse totale.

II. — La deuxième malade, une dame de 29 ans, se présente le 7 janvier 1944 avec des antécédents plus riches. Sa mère a été amputée d'un sein envahi par le

cancer; elle-même a eu la rougeole, la varicelle, les oreillons et la coqueluche. Sa grossesse en 1942, a été suivie d'éclampsie, de néphrite et cystite purulentes. L'albuminurie a duré 6 mois.

La ressemblance avec le premier cas est frappante (fig. 3) : au centre du front se trouve un tubercule en relief de 5 millimètres, au contour presque circulaire de 23 sur 21 millimètres, à la surface lisse, d'un rose jaunâtre se transformant sous la vitro-pression en rose de teinte jaune-grisâtre, par la chaleur en rouge-jaunâtre, par le froid de l'hiver en teinte bleuâtre. Évolution plus lente depuis deux mois et demi, démangeaisons en diminution. La malade pense à la piqûre d'un insecte, mais ne se rappelle pas un tel accident.

La formule sanguine montre une leucocytose modérée avec 38,4 o/o de lymphocytes, mais sans comparaison avec les formules leucémiques.

Hb. 90 o/o;
Globules rouges 4.400.000;
Valeur globulaire 1,02;
Thrombocytes 457.000;
Réticulocytes 1,5 o/o;

Leucocytes 9.900, dont :
Polynucléaires neutrophiles 52 o/o,
Formes de transition 0,8 o/o;
Polynucléaires éosinophiles 4,0 o/o;
Polynucléaires basophiles 0,8 o/o;
Lymphocytes 38,4 o/o.

Anisocytose légère, légères granulations toxiques dans les neutrophiles.

Le diagnostic de lymphocytome est confirmé par la biopsie d'un fragment de 2 sur 6 millimètres, enlevé par le Pr Burian d'une telle manière que la cicatrice se perd dans une ride. Je ne jugeai pas utile l'extirpation totale, se fiant à mon diagnostic et à la radiosensibilité très élevée du tissu lymphatique néoformé.

Biopsie (Docent Dr Skorpil). — L'épiderme est un peu aminci, soulevé par l'infiltration gagnant le chorion et partiellement même l'hypoderme. L'infiltration a la structure typique du tissu lymphatique. On trouve, par places isolées, de petites agglomérations de cellules épithélioïdes; mais il n'y a pas de structure tuberculoïde.

Une semaine après la biopsie, irradiation par 300 r de rayons X, 145 kV, filtrés par 4 millimètres Al/*a* = 0,27.

La tumeur disparaît peu à peu; 4 semaines après, il ne reste qu'une tache légèrement pigmentée. J'ai pu suivre la malade, guérie, pendant 6 mois, jusqu'à sa mort, causée par une septicémie foudroyante intercurrante.

Or, il existe un autre type, également tubéreux, celui que les otologistes appellent *lymphocytoma tuberosum auriculæ, lymphadenosis circumscripta auriculæ* dont les cas de Blœdhorn et le cas de Miescher sont parmi les 7 mieux décrits.

Le cas de Miescher, présenté sous le nom de granulome lymphadénoïde de la peau (lymphocytome), en 1937, à Strasbourg, en est le représentant typique et peut être résumé ainsi :

« Le lobe de l'oreille, gonflé presque du double, montre une couleur rose violacé, une surface lisse, une infiltration profonde de consistance plutôt molle. A la vitro-pression, absence de nodules lupiques; réaction à la tuberculine à 1 : 1.000 négative. L'impression clinique est celle d'un *lupus tumidus* ou de *lupus pernio* de Besnier ».

Je peux ajouter une observation personnelle inédite :

Une fillette de 12 ans, très frêle, présente une tuméfaction de 1 centimètre et demi du lobule de l'oreille gauche depuis deux mois. La couleur est d'un rouge rosé, devenant bleuâtre, un peu violacé au froid. La consistance est plutôt molle, mais élastique, et ne rappelle pas du tout la consistance pâteuse du *lupus pernio*

de Besnier. La formule sanguine et la radioscopie des poumons étant normales, en l'absence d'adénopathies rétro-auriculaires ou maxillaires je pose le diagnostic de lymphocytome, mais le père s'oppose à la biopsie.

Rappelons la règle fondamentale de la radiosensibilité, émanant de la loi de Bergonié et Tribondeau : les tissus jeunes, peu différenciés, sont particulièrement sensibles à l'action des rayons X.

En conséquence et par précaution, j'irradie en fractionnant les doses en 3 séances de 150, 150 et 200 r.

En discutant les ressemblances et les différences des cas publiés, j'ai cru ne pas devoir insister beaucoup sur les faits histologiques car, dans des cas cliniquement différents, on a décrit des images histologiques presque identiques ; à l'inverse, dans des cas cliniquement semblables, l'histologie a montré des différences considérables : l'infiltration en nappe purement lymphocytaire ; les cellules plasmatiques et quelquefois des cellules épithélioïdes, réticulocytes et même des cellules géantes ; par places, des structures adénoïdes, c'est-à-dire un réticulum de fibrilles fines et, quelquefois même, des nids de lymphoblastes. Par contre, je n'ai pu trouver, dans les descriptions, mention de la structure nettement ganglionnaire : seul Brünauer a vu une capsule fibreuse en même temps que des centres germinatifs (structure décrite dans les observations de lymphomes hétérotopiques d'autres organes, de la parotide par exemple par Skorpil). Comme Bäfverstedt, j'ai souligné la nécessité de coupes en séries pour pouvoir exclure la présence de centres germinatifs. J'ai insisté également sur la nécessité d'éliminer la leucémie lymphatique par la formule sanguine.

La PATHOGÉNIE est proche de celle des leucémies cutanées primaires ; il faut envisager trois explications possibles :

1° Petits îlots de tissu lymphadénique dans la peau (hétérotopie, invoquée déjà par Arnold en 1872) ;

2° Transformation *in situ* des cellules mésenchymateuses du derme, (hypothèse émise par Tryb en 1916). Treize ans plus tard Rœssle dit, en se basant sur la théorie de Maximov : « La formation des lymphocytes dans la peau n'exige point la présence des lymphoblastes » ;

3° Immigration et anaplasie des lymphocytes venant du sang (théorie délaissée de la leucémie cutanée primaire).

L'ÉTIOLOGIE est tout à fait inconnue. Les quelques cas de traumatisme (piqûre d'insecte par exemple) ne semblent pas être probants.

Au point de vue pathogénique, tout le groupe englobant les sarcoïdes de Spiegler-Fendt est, pour Bäfverstedt, une pseudo-néoplasie, c'est-à-dire « une réaction de la peau à des irritations nettement hétérogènes » (p. 132). Pour moi, il s'agit d'une néoplasie vraie et, plus particulièrement, d'un groupe de tumeurs bénignes d'origine mésenchymateuse. C'est pourquoi je préfère le terme de lymphocytome proposé par Kaufman-Wolff, en 1921, à toute autre dénomination : il me semble plus neutre que « lymphadenosis » ou « lymphome, lymphadénome » ; les deux derniers exigeraient une structure lympho-ganglionnaire nette.

J'ai eu les mêmes objections que Bäfverstedt à la classification d'Epstein,

et j'ai proposé une classification basée sur la séméiologie en distinguant 3 groupes d'après la lésion primaire : papule miliaire, papule nodulaire, tubérosité, avec subdivision selon la localisation :

1° Le *lymphocytome miliaire* est peu fréquent et le plus difficile à diagnotiquer cliniquement. On pense plutôt à l'amyloïdose cutanée. J'ai rangé ici :

Le type 1 *a*, *aggloméré*, caractérisé par des papules folliculaires d'un rouge bistre, siégeant surtout sur les membres inférieurs (cas de v. Berde, 1935 ; Mulzer-Keinig, 1939 ; peut-être le n° 33 de Bäfverstedt de *Lymphocytoma extremitatum*).

Le type 1 *b*, *disséminé* : les papules, roses ou rouges, petites, non folliculaires, siègent surtout à la face (cas de E. Freund, 3 cas en 1929 ; Kœnigstein, 2 cas en 1929 ; Matras en 1930 ; Epstein, 3 cas en 1936 ; Carol, 4ᵉ cas en 1939 ; Hellier en 1939, Halam-Wickers en 1939, de *Lymphocytoma faciei disseminatum*).

2° Le *lymphocytome papulo-nodulaire* a été décrit, jusqu'à 1943, avec 4 localisations dont chacune a des éléments bien caractéristiques.

Le type 2 *a*, *papulo-nodulaire disséminé* est le type classique l'observation de Jadassohn, en 1901. Papules ou plus grands nodules plans, d'un rouge violacé ou brunâtre, ont une consistance gommeuse et siègent surtout au visage, exceptionnellement au bras. Je crois pouvoir ranger ici les cas suivants : Arndt (1923), Biberstein (1927), Kœnigstein (3 cas, 1929), Karrenberg (1932), Epstein (1936, n° 1), Miescher (1937), Kyrle (1939), Carol et Prakken (1939, 2 cas), Fuhs (1940), Ota-Jamazaki-Nakano (1940).

Le type 2 *b*, extrêmement rare, est le « *lymphocytoma septi urethro-vaginalis* » (2 cas de Lipschütz, 1 de Paschkis et le 3ᵉ cas de Carol).

Le type 2 *c* est le type le plus important pour les praticiens, car on peut confondre les papules d'un rouge plus vif (tomate) ou d'un rouge bistre avec les plaques condylomateuses du scrotum, étant donné leur surface lisse un peu luisante. La consistance de gomme à effacer, rénitante, et la localisation le long du raphé médian scrotal chez des garçons de 5 à 10 ans rendent le diagnostic différentiel plus facile. La première communication de 2 cas par Kaufmann-Wolff (*Lymphocytoma scroti*, 1921), a été suivie par les observations de Arning (1922), Fribœs (1928), Kœnigstein (1931) et Gottron (1942).

Le type 2 *d* est nouveau ; je dois en effet ajouter les cas caractérisés par leur localisation mammaire, dont la connaissance est due exclusivement à la publication de Bäfversted : ce sont les cas nᵒˢ 12 à 24 dont 2 cas seulement du côté gauche.

Le type 2 *e* (2 *a* dans ma publication) est celui des lymphomes épiscléreux des oculistes (*Lymphoma conjunctivæ*). G. Anastasi en a rassemblé 20 cas (*Annali oftalmolog.*, **64**, 1936, 310). Mais la combinaison avec le type cutané 2 *a* est possible : je n'en citerai que les cas d'E. Freund (1929) et d'Epstein (1936).

3. Le *lymphocytome tubéreux* est représenté par les cas d'aspect nettement tumoral. J'ai distingué deux sous-groupes, l'un est formé par les cas

décrits comme « plaque papuleuse », ou lymphocytome tubéreux plan, pour la plupart multiples, l'autre par « mon type » à la fois tubéreux et solitaire. Mais, ici, je dois accepter la division de Bäfverstedt, car parmi ses cas de *Lymphadenosis dispersa*, il y a des types disséminés d'aspect tumoral (quoique il me semble retrouver, dans les descriptions, des traits caractéristiques des sarcoïdes de Spiegler-Fendt, que je ne faisais pas rentrer dans le cadre du lymphocytome, surtout à cause de leur tendance à récidiver et parfois même à s'ulcérer.

Je corrige donc ma division de ce troisième type :

Le type 3 *a*, multiple, dispersé, représenté par les publications de Burckhardt (1911), Epstein (1931), Gottron (1941), Brünauer (1928) et de Bäfverstedt (les cas n°s 27-35).

Le type 3 *b* solitaire, comprend les cas de Bäfverstedt n°s 1-4, au front, n° 6 au sourcil, n° 25 sous l'aisselle, n° 26 à l'épigastre (quelques-uns d'entre eux en combinaison avec le type miliaire folliculaire), les cas de Gougerot et Giraudeau, avec une plaque papuleuse unique sur le front, mes deux cas personnels, et peut-être les cas de Sézary et Rabut (1937) et de Sézary, Horowitz et Maschas (1937), combiné avec une éruption papuleuse et folliculaire.

Le type 3 *c* est celui de *Lymphadenosis circumscripta auriculæ* des otologistes, avec une tuméfaction d'un rouge bistre (violacé au froid), de consistance rénitente, mais un peu plus molle que dans toutes autres localisations de lymphocytome. Aux cas de Blœdhorn (1924), Arndt (2 cas, 1923), Cohn (1931), Miescher (1937), Bergreen (1942), il faut ajouter les 4 cas de Bäfverstedt et mon 3e cas.

Le type 3 *d* est le plus ancien et intéresse surtout les oculistes et les radiologues. C'est la *symphomatosis orbitæ*, connue depuis 1872, quand Becker et Arnold l'ont décrite. Bäfverstedt montre la combinaison avec le type 3 *b*.

Le type 3 *e* montre la possibilité de rencontrer le lymphocytome dans d'autres organes, par exemple dans la parotide — cas de Skorpil (*Frankf. Z. f. Path.*, 1939, 450 et 1942, 415), mais il n'intéresse pas les dermatologistes.

Les cas de lymphocytome cutané bénin sont assurément très rares, mais d'un haut intérêt du point de vue pratique, étant donné leur ressemblance avec certaines affections granulomateuses, et, en même temps, au point de vue théorique, car ils forment la jonction de deux grands groupes : des blastomes cutanés primaires bénins d'origine mésenchymateuse, et des lymphadénies cutanées vraies, caractérisées par une formule sanguine leucémique.

RÉTICULOSE HISTIOMONOCYTAIRE A LOCALISATIONS CUTANÉES ET VISCÉRALES MULTIPLES

Par P. LE COULANT et L'ÉPÉE

(*Travail de la Clinique dermatologique de Bordeaux* : Pr JOULIA).

Cliniquement il est imprudent d'affirmer un diagnostic de réticulose histiomonocytaire. Il faut donc s'appuyer sur l'histologie qui permet non seulement d'établir la réalité de l'affection, mais dont les investigations groupent en un seul schéma les lésions observées dans les nombreuses atteintes viscérales.

Le cas que nous présentons ici, par ses manifestations cutanées, splénique, parotidienne, orchitique, épididymaire, ganglionnaire, illustre cette notion fondamentale.

La succession des hypothèses diagnostiques à laquelle nous avons assisté depuis le début de son évolution souligne les problèmes délicats que cette observation a pu poser. Nous retrouvons cette hésitation dans la plupart des observations publiées jusqu'ici. Il n'y a pas en effet de schéma standard de cette réticulose histiomonocytaire, il n'existe pas de forme type à laquelle on puisse se rapporter ; l'affection est essentiellement protéiforme et la biopsie est la seule investigation qui permette de rapporter à sa véritable origine les multiples localisations observées.

L'hyperthermie du début sans manifestation organique appréciable a fait tout d'abord penser à une infection typhoïdique ou mélitococcique, mais les lésions cutanées qui suivent rappellent plutôt une hématodermie débutante. L'examen du sang et surtout l'examen histologique d'un fragment cutané permettent seuls d'affirmer le diagnostic de réticulose histiomonocytaire. Cette succession d'hypothèses est chose assez courante.

OBSERVATION. — L... Gilbert, 36 ans, maraîcher, est adressé le 28 juillet 1943, pour diagnostic, par son médecin de Sainte-Livrade. Voici le tableau que fait ce praticien du début de l'affection. L... est père d'un enfant bien portant, et ne présente pas d'antécédents dignes d'être mentionnés. Il a contracté une blennorragie à 22 ans. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Il a perdu une sœur en bas âge d'une affection indéterminée.

Le début de l'affection remonte à fin mai 1946. Il s'est manifesté par une angine avec troubles gastro-intestinaux fébriles (38°, 40°), langue saburrale, consti-

pation, céphalée, sueurs nocturnes. Vers le 15e jour, devant la persistance de la fièvre, un syndrome d'anémie (3.600.000 globules rouges), la famille demande en consultation un confrère voisin qui conseille un séro-diagnostic de Widal : il est négatif et le diagnostic de mélitococcie est envisagé, mais n'est pas retenu. La thérapeutique anti-infectieuse habituelle (uroformine, ganidan), demeure inopérante et le malade est hospitalisé à Agen pour pénicillothérapie dont il est fait 1.900.000 U. O. à raison de 160.000 U. O. par jour. La température revenant sensiblement à la normale, le malade est exéaté. L'appétit et les forces reviennent, les muqueuses et la peau se recolorent, mais le médecin remarque l'apparition d'une nouure au niveau du sein droit.

Vers le 8e jour de cette convalescence apparaissent des troubles oculaires : picotements, inflammation persistante des conjonctives et il se dessine rapidement un tableau clinique nouveau à marche extensive : placard douloureux rouge vineux du cuir chevelu, œdème des paupières avec infiltration des téguments du dos, des épaules, du cou, du visage, apparition de paquets ganglionnaires des chaînes carotidiennes, axillaires, inguinales; l'appétit est cependant conservé; on note l'absence de fièvre.

Devant cet aspect singulier, le malade est adressé pour avis et hospitalisé dans le service de la Clinique dermatologique au Tondu.

Le 29 juillet 1946 sa température est de 38°8, son pouls est à 80 pulsations à la minute.

Le visage est énorme, lunaire ou mieux piriforme, car les régions parotidiennes sont tuméfiées et plus dures que le reste des téguments en raison d'une atteinte bilatérale des parotides. Les paupières sont gonflées par un volumineux œdème gélatineux et rosé; l'occlusion des yeux est complète. Sur le reste du visage les téguments ont une coloration normale, mais ils sont criblés de nodosités multiples plus palpables que visibles. Les plus petites sont miliaires, d'autres sont lenticulaires et les plus volumineuses atteignent la dimension d'un haricot. La peau qui les recouvre a conservé sa couleur normale.

Il n'y a pas de prurit. Au cours de l'examen on note une gêne de la respiration nasale ainsi qu'une légère surdité de l'oreille droite.

Le cuir chevelu ne présente pas de nodules, mais on observe au niveau de la région frontale une zone congestive et purpurique qui s'estompe en arrière du front et disparaît au niveau du vertex. En avant, elle déborde le cuir chevelu d'un centimètre environ en constituant au niveau du front une couronne rouge violacée s'effaçant mal à la pression.

Il n'existe que quelques nodosités discrètes sur le cou. Sur le plan postérieur du tronc, au niveau de la région sacrée en particulier, quelques nodules dermo-hypodermiques ont le même aspect que sur les autres régions du corps. Le maximum des lésions siège sur les épaules et entre les épaules. Là, les nodosités sont confluentes et rappellent par leur couleur celle des papules urticariennes. Elles sont dermo-épidermiques, de couleur rosée, parfois violacées et donnent l'impression au palper de lésions œdémateuses.

Sur le plan antérieur du tronc, les nodosités occupent surtout la poitrine, où l'on retrouve l'élément initial au niveau du sein droit : c'est une véritable nouure grosse comme une petite fève.

Les téguments des membres supérieurs ont une coloration normale, mais sont parsemés de nombreux nodules lenticulaires.

Les membres inférieurs présentent de rares nodosités visibles mais surtout palpables, de coloration cyanotique ou légèrement purpurique au niveau des jambes.

Nombreux ganglions inguinaux et axillaires de la dimension d'une noisette, durs, mobiles et indolores. Les ganglions carotidiens et sous-maxillaires sont plus petits.

La rate est palpable. Elle déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le foie paraît de volume normal.

Les deux testicules sont chacun de la grosseur d'un gros œuf de poule et d'une dureté élastique. L'épididyme est normal. Les bourses sont œdématiées.

Du côté de l'appareil digestif : la langue est saburrale, les amygdales sont normales et il n'y a pas de dysphagie.

Malgré un tirage important qui laisse présager une compression de l'arbre respiratoire on ne trouve rien à l'auscultation des poumons et du cœur. De nombreuses radiographies du thorax n'ont jamais montré d'images anormales.

Le système nerveux, l'appareil urinaire paraissent indemnes. Il n'y a rien à signaler à l'examen otorhinolaryngologique.

Les examens de laboratoire ont montré :

Dans les urines : traces d'albumine,
Ni sucre, ni acétone;
Présence d'urobiline et de pigments biliaires;
Urée urinaire : 26 grammes;
Chlorures urinaires : 7 gr. 50,
Rares leucocytes et hématies dans le sédiment;

Dans le sang :

Urée sanguine : 0 gr. 55;
Réactions sérologiques de la syphilis : négatives;
Lipémie : 3 gr. 90;
Protidémie : Protides totaux : 30 grammes;
Sérine : 20 grammes;
Globuline : 10 grammes;
Rapport sérine-globuline : 2;
Chlorémie : chlore total : 3 grammes;
Chlore globulaire : 2 gr. 10;
Chlore plasmatique : 3 gr. 48;
Rapport chlore globulaire-plasmatique : 0,6;
Indice de chloruration : 2,2.

Numérations globulaires et formules leucocytaires.

Dates.	30 juillet	10 août	17 août	20 août	27 août
Temps de saignement		3 minutes			
Temps de coagulation		8 min 1/2			
Hémoglobine . .	70 0/0	65 0/0		70 0/0	70 0/0
Globules blancs .	3.720	3.100		2.480	1.860
Globules rouges .	3.410.000	2.976 000		3 751 000	3 100 000
Poly neutro. . .	42 0/0	54 0/0	26 0/0	44 0/0	52 0/0
Baso	2 0/0				
Eosino	6 0/0				
Métamyélocytes .	2 0/0	2 0/0		4 0/0	
Lymphocytes . .	12 0/0	32 0/0	70 0/0	48 0/0	44 0/0
Monocytes . . .	36 0 0	12 0/0	4 0/0	4 0/0	4 0/0
Erythroblastes. .		1 0/0			
Hématies . . .	normales	idem	idem	idem	idem
Globuline . . .	taux normal	idem	idem	idem	idem
Réticulocytes . .	taux normal	8 0/0	normal	normal	normal

Examen des selles. — Ni parasites, ni œuf de parasites. Il n'y a pas de signes macroscopiques ou microscopiques d'insuffisance pancréatique.

Ponction sternale. — Pratiquée le 1er août par le Dr Léger, est anormalement douloureuse et très imparfaite; on ne peut ramener qu'un peu de sang à l'aiguille. Cependant les frottis pratiqués possèdent la particularité de présenter une quantité de globules blancs extrêmement faible; plus faible semble-t-il que celle du sang périphérique, ce qui serait en faveur d'une moelle très aplastique.

La réaction de Paul et Bunnel est négative.

Biopsies

1re biopsie le 8 août;

2e biopsie le 17 août.

Peau. — *Fixation* : Bouin; *coloration* : hématéine, éosine, érythrosine, bleu de toluidine, orcéine acide.

Épiderme normal. La ligne des papilles est régulière, la basale normale.

Le derme épaissi par place surtout sur les limites de la coupe est au contraire

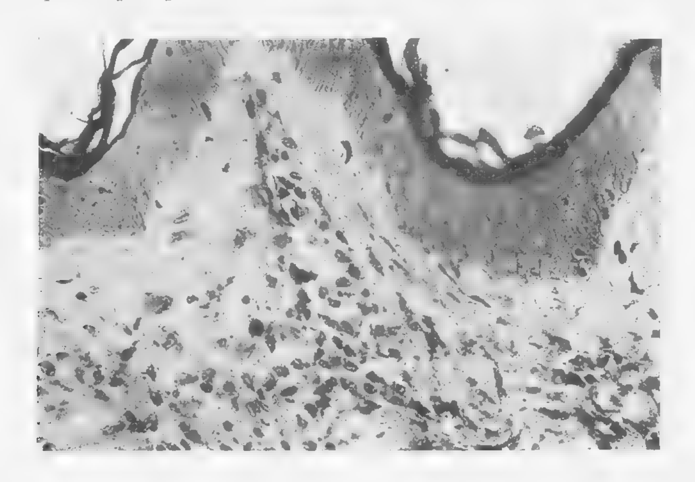


Fig. 1. — Nodule thoracique antérieur. Peau. L'épiderme est normal, infiltrat cellulaire discret surtout net le long d'un capillaire de la papille.

habituellement très délicat, finement réticulé dans la majeure partie de celle-ci. Il est occupé par un infiltrat relativement lâche de cellules d'aspect polymorphe.

Cet infiltrat diffus, discret dans le derme superficiel est beaucoup plus dense et forme des nappes dans certaines parties du derme profond. Dans ces régions, les nappes cellulaires sont centrées par des vaisseaux.

A proximité de l'épiderme, l'infiltrat remonte le long des capillaires des papilles sous forme des traînées. Qu'il soit profond ou superficiel, l'infiltrat est composé de grosses cellules allongées ou vaguement polygonales, protoplasme acidophile à noyau clair, pourvu d'un ou deux nucléoles, d'aspect réticulé même squameux. Par contre, d'autres cellules moins volumineuses, à protoplasma toujours acidophile et à noyau plus régulier, très foncé, chargé de chromatine rappellent les histiocytes. D'autres sont plus petites, intermédiaires entre les lymphocytes et les gros monocytes. Quelques rares plasmocytes. Certaines cellules sont véritablement monstrueuses, à vaste protoplasme, à noyau géant ou polylobé avec des incisures, des aspects en fer à cheval, parfois même il y a plusieurs noyaux comme dans les cellules de

Sterberg. Ce sont de volumineux macrophages présentant quelquefois des enclaves protoplasmiques. Nombreuses mitoses.

Dans les plages du derme profond, les cellules plus tassées, forment un véritable pavage en mosaïque.

Les vaisseaux fréquemment entourés d'un infiltrat cellulaire identique sont plus ou moins dilatés. L'endothélium habituellement tuméfié ne se distingue pas des cellules de l'infiltration voisine. Parfois les cellules endothéliales détachées de la paroi flottent dans la lumière vasculaire.

Ganglions (même fixation; mêmes colorations).

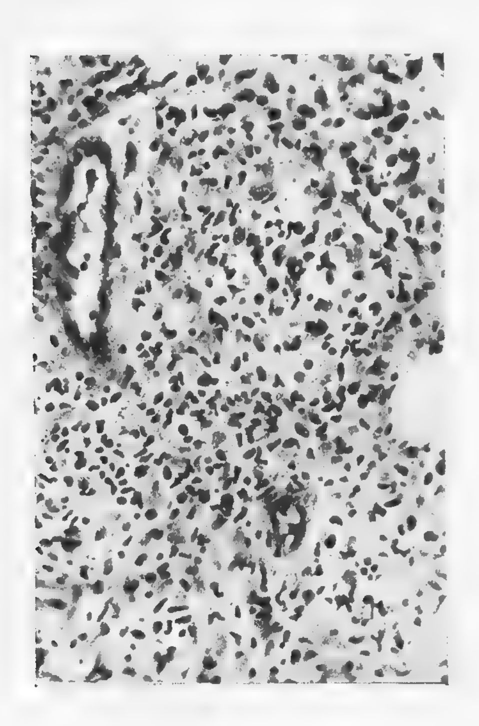


Fig. 2. — Infiltrat plus dense dans le derme profond ; l'endothélium des vaisseaux est tuméfié ; des cellules endothéliales détachées de la paroi flottent dans la lumière vasculaire.

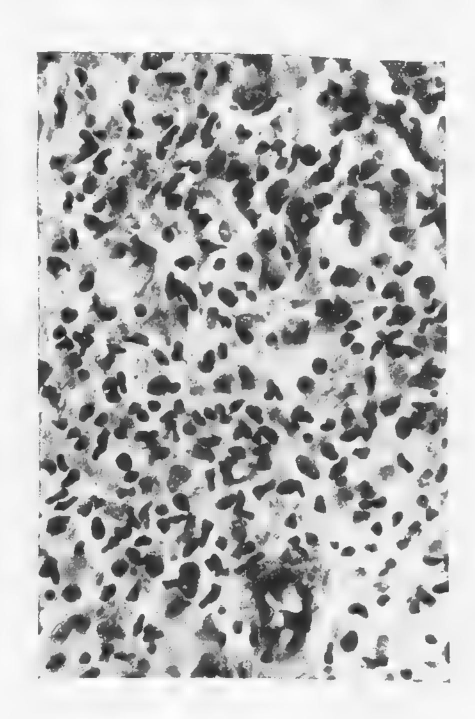


Fig. 3. — L'infiltrat est composé de grosses cellules allongées ou vaguement polygonales à protoplasme acidophile, à noyau clair pourvu d'un ou deux nucléoles. Certaines moins volumineuses à noyau très foncé, chargé de chromatisme, rappellent les histiocytes.

La structure ganglionnaire est totalement modifiée; c'est à peine si on retrouve par ci par là quelques îlots ou traînées de lymphocytes. Le reste du tissu ganglionnaire ou mieux la majorité de ce tissu est composée de cellules de dimensions variables formant un réseau lâche par place, un parquetage en mosaïque par endroit.

Le protoplasme des cellules est acidophile; le noyau volumineux est clair ou au contraire chargé de chromatine. Au niveau des régions encore habitées par les

lymphocytes, il existe une trame collagène réticulée, fine et délicate, avec quelques grosses cellules éparses. Au contraire dans les autres régions, et ce sont les plus vastes, l'élément collagène disparaît sous l'infiltrat cellulaire. Il est composé de cellules mononucléées à type de lymphocytes, mais surtout de cellules plus volumineuses à type de monocytes, d'histiocytes à gros noyaux foncés. A proximité, on trouve d'autres cellules beaucoup plus volumineuses, à protoplasme abondant fortement acidophile pourvu parfois d'un seul noyau volumineux, régulier ou bourgeonnant, polylobé ou en fer à cheval, chargé de chromatine ou au contraire



FIG. 4. — Ganglion. Structure modifiée ; c'est à peine si on retrouve par-ci par-là quelques îlots ou traînées de lymphocytes.

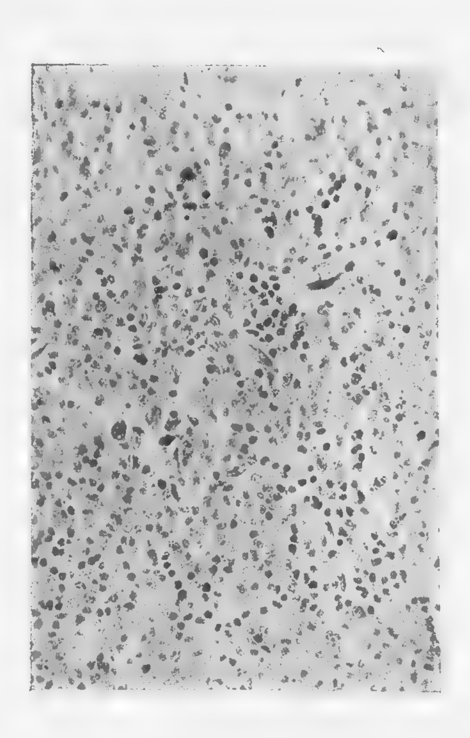


FIG. 5. — Ganglion. Détail des cellules volumineuses à gros noyau bourgeonnant, polylobé ou en fer à cheval, parfois clair et réticulé.

clair, réticulé avec deux nucléoles et souvent même de plusieurs noyaux accolés dont l'aspect est celui de macrophages, à limites protoplasmines plus floues. Leur protoplasme contient souvent quelques inclusions. Nombreuses mitoses à différents stades.

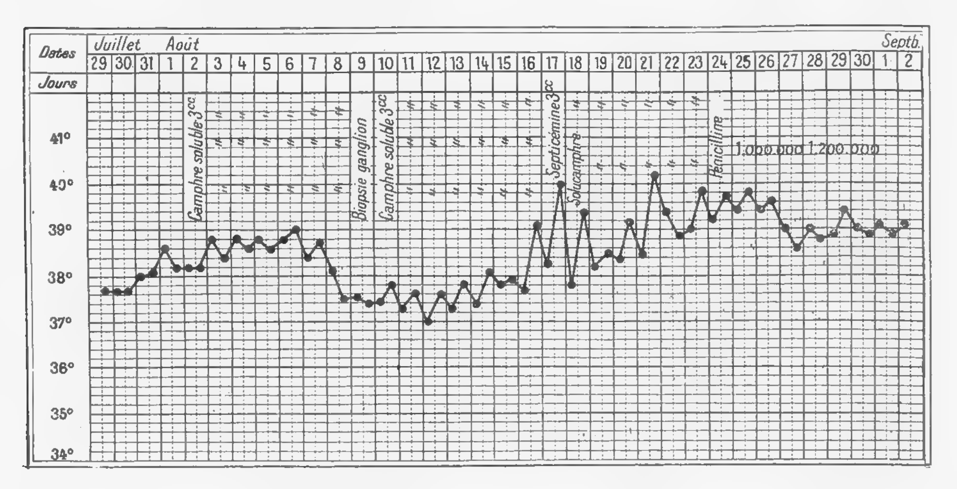
Certaines cellules ont conservé, semble-t-il, leurs connexions et forment un réticulum cellulaire plus dense et plus serré que normalement. On trouve aussi quelques plasmocytes volumineux, souvent pourvus de deux gros noyaux caractéristiques.

L'endothélium des vaisseaux du ganglion est très tuméfié. Quelques éléments endothéliaux détachés de la paroi nagent dans la lumière vasculaire.

ÉVOLUTION

Spontanément, sans aucun traitement, à partir des premiers jours d'août, l'état du malade s'améliore progressivement. Le 8 août, on pratique la première biopsie et le 10 août la fièvre est tombée au-dessous de 38°. L'œdème palpébral a régressé, la couronne congestive de la région frontale a pâli, les parotides ont diminué de volume, les nodosités cutanées se sont affaissées et ramollies, les testicules sont moins volumineux, la surdité disparaît presque complètement.

Mais le 14 août, la température dépasse 38°. Le malade se plaint de gêne de la déglutition : sa gorge est rouge avec un semis de petites vésicules sur le voile du palais. Le larynx est indemne. Les jours suivants, la fièvre se rallume, et le 17 août, à la suite de la 2[e] biopsie, portant sur un nodule cutané, le malade présente des frissons et une température de 40°. L'hémoculture pratiquée alors est négative. L'état cutané demeure cependant satisfaisant. Par la suite, la température se maintient toujours entre 39°5 et 40°, sans que les phénomènes pharyngés



suffisent à l'expliquer, car il n'existe qu'une petite ulcération sur le pilier antérieur gauche. Les lésions cutanées, les parotides, les testicules, la rate, ne subissent pas de poussées évolutives. Par contre, le malade redevient sourd, et surtout on assiste à un effondrement de son état général : asthénie intense, anorexie totale, somnolence continuelle, prostation, diarrhée légère.

La cutiréaction à la tuberculine est négative. Malgré un traitement à la pénicilline commencé le 24 août (2.200.000 U. O. au total) à raison de 320.000 U. O. par jour par injections intramusculaires de 40.000 U. O. toutes les 3 heures. La fièvre persiste aussi élevée et l'état général est toujours très mauvais. L'état cutané demeure satisfaisant. Mais la parotide droite augmente à nouveau de volume en même temps que reparaît un volumineux œdème palpébral. droit. On note alors un noyau épididymaire gauche.

Le 2 septembre 1946, le malade quitte le service dans un état préléthal : prostation complète, fièvre en plateau à 39°, pouls à 120, incontinence des urines, langue rôtie, grosse tuméfaction parotidienne droite, œdème palpébral droit, augmentation de volume des deux testicules et des deux épidymes. Il meurt dans la voiture qui le ramène dans la famille.

Bien qu'incomplète, cette observation est néanmoins intéressante par la multiplicité des manifestations cutanées et viscérales. Nous déplorons de n'avoir pu pratiquer l'examen post-léthal qui aurait certainement apporté des documents histologiques importants et permis probablement de découvrir quelques autres manifestations viscérales inapparentes.

ÉPIDERMODYSPLASIE VERRUCIFORME DE LEWANDOWSKY-LUTZ

Par

Oswaldo G. COSTA
Professeur agrégé
de la Faculté de Médecine
de l'Université de Minas Gerais,
Belo Horizonte, Brésil.

et

Moacir A. JUNQUEIRA
Pathologiste
de la « Santa Casa de Misericordia »,
Belo Horizonte.

L'épidermodysplasie verruciforme (E. V.) est une affection cutanée précancéreuse caractérisée par des éléments éruptifs de différents types. Elle apparaît dès la naissance ou plus tard, et est souvent considérée comme une dysplasie de nature nævique. On connaît encore cette affection sous les dénominations de verrucose généralisée, verrues dyskératosiques congénitales, verrues disséminées, « warzigen Nævi », verallgemeiner Warzenerkrankung » et « nævi verruciformis ». Le terme le plus usité reste celui d' « épidermodysplasie verruciforme ».

L'E. V. fut décrite, pour la première fois, en 1920, par Lewandowsky au Congrès de Zurich. En 1922, Lewandowsky et Lutz (1) ont fait une étude détaillée de cette dysplasie. Au Brésil, les deux premiers cas sont de Costa et Junqueira (2). Celui-ci sera le troisième.

La *symptomatologie* de l'E. V. est bien connue et figure dans les Traités classiques ; nous n'y reviendrons pas.

L'*étiologie* de l'E. V. est inconnue et appelle quelques commentaires.

La fréquence de la maladie est appréciée de manière très variable selon les auteurs. En réalité, elle est peu fréquente car plusieurs cas enregistrés comme tels ne répondent pas à la description primitive de Lewandowsky-Lutz. Généralement, elle débute dans les premières années de la vie, principalement pendant la seconde enfance ; elle peut, cependant, être congénitale ou apparaître à la puberté ou à l'âge adulte, spontanée ou à la suite d'une des maladies éruptives de l'enfance ou après une infection grave. Dans les deux premiers cas de Costa et Junqueira (2) l'affection est apparue après une rougeole. Il semble que le facteur racial ne joue aucun rôle ; on remarquera pourtant que la plupart des cas ont été publiés au Japon. Les deux sexes sont également atteints. Dans quelques cas on a noté une consanguinité des parents ; on attribue parfois une certaine influence à la lumière pour expliquer la localisation de la dermatose sur les régions découvertes.

Mashkilleisson (3) pense que l'E. V. est une génodermatose du groupe des dysplasies cutanées qui s'apparente aux états précancéreux de l'épiderme car elle présente une évolution cancéreuse dans 20 o/o des cas publiés. En faveur de cette conception plaident, en général, la congénitalité du processus, l'apparition précoce, l'extension et la topographie particulières, la persistance indéfinie et la tendance progressive à proliférer superficiellement et profondément.

Un grand intérêt s'attache aux relations entre l'E. V. et les verrues banales, les verrues planes et certains nævi épithéliaux. Hoffmann (4), Kogoj (5) et Tarnabuoni (6) opinent pour la dissémination du virus de la verrue par la voie lymphatique ou sanguine. Gans (7), lui aussi, considère l'E. V. comme une forme extensive des verrues banales ou planes sur une peau prédisposée. Hidaka (8), par contre, comparant le processus de la vacuolisation dans l'E. V. et dans la verrue banale, conclut à séparer les deux processus. Waisman et Montgomery (9) pensent que les deux affections ne sont pas identiques et présentent comme caractères distincts pour l'E. V. le début habituel dans la jeunesse, les cas de consanguinité des parents, la généralisation fréquente, la persistance de l'affection pendant toute la vie et sa résistance à la thérapeutique, l'échec des inoculations expérimentales, certaines différences histopathologiques (exagération du processus dégénératif vacuolaire, prédominance des altérations pycnotiques nucléaires et absence de corps d'inclusion), alors que l'absence de complications carcinomateuses caractérise les verrues banales.

Nous pensons que l'E. V. constitue une entité clinique à part, et que la confusion résulte du manque de différenciation entre cette affection et les cas de verrues planes généralisées. Quelques auteurs pensent que l'E. V. est un syndrome dans la constitution duquel entrent les verrues banales, les verrues planes et les dysplasies næviques. Waisman et Montgomery (9) se réfèrent à l'examen de certains nævi épithéliaux circonscrits ou linéaires qui montre des altérations histologiques pratiquement identiques à celles de l'E. V. Le fait ne peut cependant pas servir de base pour l'identification des processus morbides, car la dégénérescence cavitaire se rencontre dans diverses dermatoses. Les altérations histologiques de l'E. V. consistent principalement dans la vacuolisation des cellules du corps muqueux de Malpighi et de la couche granuleuse avec hyperacanthose et hyperkératose. L'affection n'est pas une dyskératose, mais consiste seulement dans un processus de vacuolisation ; on n'observe pas de ségrégation des cellules altérées.

Le *diagnostic différentiel* se pose avec les verrues banales, les verrues planes, l'acrokératose verruciforme de Hopf, la dyskératose folliculaire de Darier, le lichen plan, la papillomatose papuleuse et réticulaire de Gougerot et Carteaud, avec le psoriasis et avec la dermatite séborrhéique.

Il n'existe pas de *traitement* efficace de l'E. V. Les porteurs de cette maladie doivent éviter des expositions au soleil trop longues. Les complications présentées par les carcinomes baso- et spino-cellulaires sont traitées par les rayons X ou par le radium.

Observation clinique d'un cas personnel

J. I. S..., blanc, brésilien, laboureur, marié, âgé de 33 ans, natif de Conceiçao de Barra et résidant à Rio das Mortes (État de Minas Gerais).

Antécédents héréditaires. — Aucune anomalie correspondante.



Fig. 1. — Ulcérations cancéreuses (épithéliomas intermédiaires) du front et de la région préauriculaire gauche. Lésions verruqueuses du front et de la tempe.

Antécédents personnels. — Le patient a eu la rougeole, la varicelle, la coqueluche; il n'accuse aucun passé vénérien.

Histoire de la maladie actuelle. — Dès sa naissance, le patient aurait présenté

des lésions verruciformes. Jusqu'en 1935, la dermatose est restée stationnaire; mais, depuis cette date, deux lésions, assez différentes des primitives, ont apparu, l'une localisée dans la région frontale gauche et l'autre dans la région préauriculaire gauche.

Examen physique. — Il ne révèle qu'une pâleur très prononcée et anormale de la peau.

Examen dermatologique. — Le cuir chevelu est couvert par de nombreuses squames adhérentes ou non, d'une coloration jaune ou grise. On note aussi, au



Fig. 2. — Lésions verruqueuses disséminées sur le front.

cuir chevelu, quelques lésions verruciformes. Dans la région frontale gauche (fig. 1) on voit une ulcération à peu près circulaire, de 3 cm. 5 de diamètre, à bords relevés et violacés à base dure, peu sécrétante et à fond irrégulier. A la région préauriculaire gauche (fig. 1), il existe une ulcération parfaitement circulaire de 6 centimètres de diamètre, profonde, à bords retournés, à base dure, peu sécrétante, à fond granuleux, spontanément douloureuse et sans réaction ganglionnaire satellite. Des lésions planes, d'une coloration rougeâtre, squameuses ou non, existent sur le front (fig. 2). Sur le cou, les lésions sont très typiques, c'est-à-dire verruciformes, planes, squameuses, d'une coloration rosée. Le bras droit tout entier, les régions palmaires et plantaires, les ongles, les jambes, le genou droit, les régions poplitées, les organes génitaux, les fesses et les lombes, la face latérale gauche du thorax et de l'abdomen sont complètement indemnes. Au genou gauche, une lésion verruciforme. A la face latérale droite du thorax, une lésion plane

et rougeâtre. A la face antérieure du thorax et à la région médio-sternale, quatre éléments rappelant de près une dermatite séborrhéique. A la face postérieure du thorax, dans la région interscapulaire, lésions planes, squameuses et rosâtres (fig. 3). Au bras gauche, une seule lésion verruciforme. A la face antérieure de l'avant-bras gauche, lésions verruciformes, de diverses dimensions, brillantes et rosâtres. A la face postérieure de l'avant-bras gauche, quatre éléments verrucifor-



Fig. 3. — Éléments sur la nuque et la région interscapulaire, rappelant la dermatite séborrhéique.

mes. Sur la face dorsale des doigts de la main gauche, six lésions du même type. Sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras droit (fig. 4), respectivement six et deux éléments verruciformes. Sur le dos de la main gauche, quelques lésions verruciformes.

Tests sérologiques. — Wassermann et Kahn négatifs.

Examen histopathologique. — Huit fragments ont été examinés.

1° Bord de l'ulcération préauriculaire gauche (fig. 5) : L'épiderme est épaissi par l'hyperkératose, l'hypergranulose et l'hyperacanthose. Les « rete cones » ou crêtes interpapillaires présentent une prolifération de cellules moins évoluées, avec noyaux hyperchromatiques et pléiomorphiques, formant de nombreux bourgeons qui envahissent le derme. Les figures de caryocinèse ne sont pas fréquentes. Au niveau de l'aire ulcérée l'invasion dermique par les bourgeons néoplasiques est aussi grande. Outre les éléments néoplasiques, le derme est infiltré par des leuco-



Fig. 4. — Éléments verruciformes du pli du coude droit.

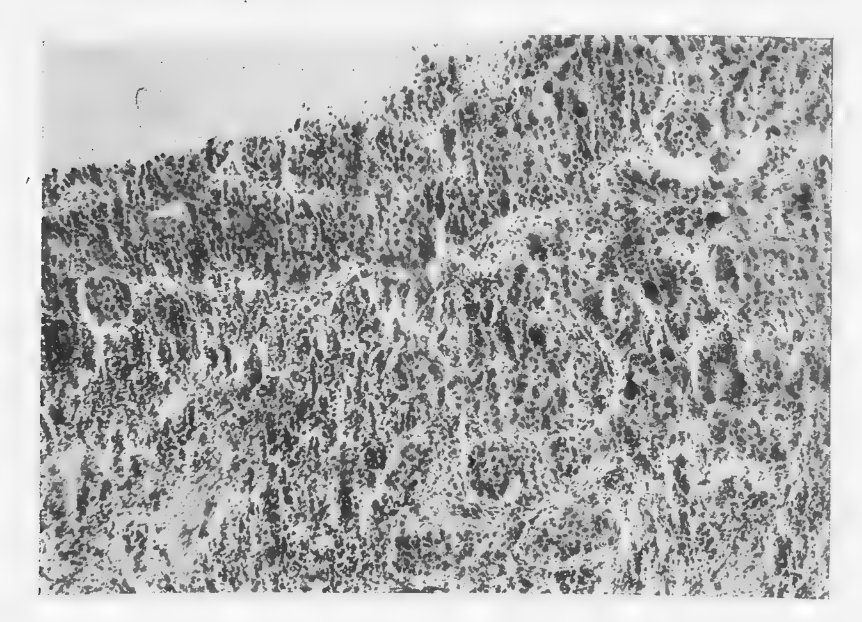


Fig. 5. — Bord de l'ulcération cancéreuse pré-auriculaire gauche. Épithélioma intermédiaire.

cytes polynucléaires neutrophiles, lymphocytes, cellules plasmatiques et divers éosinophiles (épithéliome intermédiaire de Darier).

2° Ulcération de la région frontale : Même structure histologique que celle du fragment précédent, mais les figures de caryocinèse y sont très fréquentes, dont quelques-unes franchement atypiques. Même éosinophilie, plus accentuée dans le derme (épithéliome intermédiaire).

3° Lésion croûteuse du front : La couche cornée est formée de grosses lames parakératosiques entre lesquelles existe une sérosité coagulée. Pas de couche granuleuse. Le réseau de Malpighi présente peu de cellules épineuses et est formé principalement par des cellules de transition. La couche de Malpighi est fortement hypertrophiée et montre un grand nombre de noyaux déformés et de figures de caryocinèse. On y voit aussi quelques kystes cornés. Il s'agit donc d'un épithéliome au début.



Fig. 6. — Épidermodysplasie verruciforme.
Lésion papulo-verruqueuse du pli du coude droit.

4° Lésion verruciforme du pli du coude gauche (fig. 6) : La couche cornée est épaissie par de petites aires de kératose, entourées de parakératose. La couche granuleuse est augmentée (granulose). Cependant, l'hypertrophie de l'épiderme se réalise principalement par l'augmentation des cellules du réseau de Malpighi. Beaucoup d'entre celles-ci présentent des noyaux très augmentés de volume et pauvres en chromatine, donnant l'impression d'un œdème intranucléaire avec un ou deux petits noyaux bien visibles. Quelques autres cellules, en petit nombre, se montrent franchement vacuolisées. La couche basale est hypopigmentée. Dans le derme on note seulement l'augmentation des cellules conjonctives avec de rares lymphocytes autour des vaisseaux. Cette lésion est une papule épidermique qui ressort mieux quand on examine les extrémités de la préparation pour retrouver un épiderme normal.

5° Lésion papulo-squameuse érythématoïde de la région cervicale antérieure : Le tableau histologique est très voisin du précédent; cependant la couche cornée

est squameuse. Le réseau de Malpighi montre des cellules en dégénérescence cavitaire, mais en plus petit nombre que dans la préparation 4.

6° Lésion papulo-squameuse psoriasiforme de la face interne du genou gauche : La couche cornée est épaissie et présente des aires de parakératose, au niveau desquelles tous les noyaux ne sont pas aplatis, comme il survient dans de tels cas; beaucoup d'entre eux sont arrondis et toujours pycnotiques. La couche granuleuse est hypertrophiée et présente des cellules à noyaux volumineux et pauvres en chromatine, comme s'ils étaient œdématiés. On y trouve aussi des cellules d'aspect normal. On distingue dans la couche granuleuse et dans le réseau de Malpighi des cellules en divers stades de dégénérescence cavitaire. La couche basale est hypopigmentée. Autour des vaisseaux du derme, augmentation des cellules conjonctives et petite infiltration lymphocytaire. Un follicule pilo-sébacé intéressé par la préparation est normal.

7° Lésion papulo-squameuse érythématoïde de la région médiosternale : Même tableau histologique fondamental que celui des autres préparations, mais avec une dégénérescence cavitaire discrète.

8° Lésion papulo-croûteuse de la région dorsale : La croûte, assez épaisse, est constituée par des lames parakératosiques, de la sérosité et du sang coagulé. La couche granuleuse est tantôt amincie tantôt normale. Le corps muqueux est très épaissi et montre en certains points des cellules à noyaux volumineux, pauvres en chromatine. On voit aussi quelques cellules avec des noyaux monstrueux. Entre les cellules du corps muqueux et aussi dans la couche basale, figures de caryocinèse. Ces couches montrent un pigment jaunâtre. Dans les couches superficielles du derme, infiltration lymphocytaire, avec augmentation des cellules conjonctives. Les follicules pilo-sébacés et les glandes ne montrent pas d'altération. Il s'agit donc, d'un épithéliome au début.

BIBLIOGRAPHIE

1. F. Lewandowsky et W. Lutz. — Ein Fall einer bisher nicht beschriebenen Hauterkrankung Epidermodysplasia verruciformis). *Arch. für Dermat. und Syph.*, **141**, 1922, 193.
2. O. G. Costa et M. A. Junqueira. — Epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky and Lutz). *Arch. of. Dermat. and Syph.*, **46**, 1942, 469-479.
3. L. N. Mashkilleisson. — Ist die Epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky-Lutz) eine selbstandige Dermatose ? Ihre Beziehungen zur Verrucositas. *Dermat. Wochnschr.*, **92**, 1931, 569.
4. E. Hoffmann. Ueber verallgemeinerte Warzener-Krankung (Verrucosis generalisata) und ihre Beziehung zur Epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky). *Dermat. Ztschr.*, **48**, 1926, 241.
5. F. Kogoj. — Die Epidermodysplasia verruciformis. *Acta Dermat. Venereol.*, **7**, 1926, 170.
6. G. Tarnabuoni. — Epidermodysplasia verruciformis. *Giorn. Ital. di dermat. i sif.*, **70**, 1929, 557.
7. O. Gans. — Histologie der Hautkrankung, Berlin. *Julius Springer*, vol. **2**, 1928, 117.
8. M. Waisman et H. Montgomery. — Verruca plana and epithelial Nevus (including a study of epidermodysplasia verruciformis). *Arch. of Dermat. and Syph.*, **45**, 1942.

« CANDIDE » ALLERGIQUE DE LA FACE

Par Guido Ruiz MORENO, Michel Agustin SOLARI et Alois E. BACHMANN
(Buenos-Aires).

(*Travail du Service du Prof.* Mariano Castex).

Nous décrivons sous le nom de « Candide allergique de la face » un tableau clinique cutané déjà étudié par l'un de nous (1), qui, suivant sa dénomination, est la conséquence cutanée, à localisation faciale, d'une infection causale par *Candida albicans*, agissant par « pathogénie allergie » (2).

L'observation minutieuse de nos malades, pendant trois ans, nous a convaincus de la certitude des faits que nous affirmons. L'absence de travaux antérieurs sur l'étiologie que nous invoquons nous fait penser que nous nous trouvons devant un fait nouveau, inconnu jusqu'à présent, et qui implique un traitement tout à fait différent et, à notre avis, beaucoup plus efficace que tous ceux qui existent actuellement.

Il s'agit d'un ensemble d' « ides » qui, étant causées par le champignon *Candida albicans* peuvent être nommées « Candides ». Ces réactions franchement allergiques, très fréquentes, de mêmes localisation, distribution et caractéristiques, peuvent être groupées, en les élevant au rang de « syndrome » d'étiologie unique, de même pathogénie et de même traitement, sans tenir compte de leur localisation ou de leur abondance.

Comme pour tout syndrome, il est possible qu'une symptomatologie identique puisse être provoquée par d'autres causes et selon d'autres pathogénies comme, par exemple, les « dermatites par contact » des cosmétiques et toutes celles qui sont dues à des germes endo-allergéniques contenus dans des foyers septiques, des amygdales ou à des parasitoses, etc.

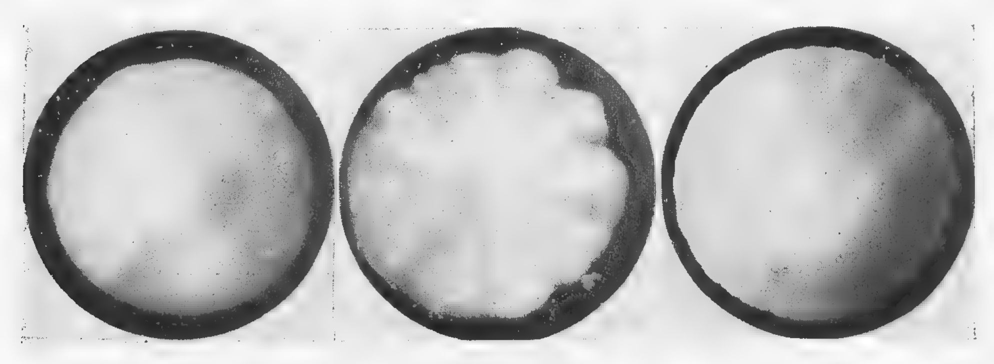
Étiologie

L'allergène déterminant du syndrome de la « Candide faciale » est le champignon *Candida albicans*, hôte fréquent et parasite presque habituel de l'intestin, de la peau et des muqueuses de l'homme.

D'après les recherches de Negroni (3), ce champignon produit, dans les milieux de culture, trois sortes de colonies (fig. 1) : « lisses » (*a*) (smooth), « rugueuses » (*b*) (rough) et « mixtes » (*c*). Les premières possèdent des

éléments ayant une grande puissance d'infection ; les secondes sont formées par des éléments en décadence et avec une infectiosité inférieure ou nulle. Les formes « mixtes » sont des situations intermédiaires.

L'un de nous (4) a observé que les extraits allergéniques préparés avec des éléments provenant des colonies lisses possédaient une grande puissance allergénique, tandis que ceux provenant des colonies rugueuses présentaient un très faible pouvoir allergénique. Cet accord, au point de vue de l'allergie, avec les observations de Negroni en ce qui concerne la puissance d'infection, a une grande importance tant au point de vue de la biologie pure de *Candida albicans* qu'à celui de la technique pour la préparation des extraits allergéniques. Pour obtenir un extrait ayant une puissance



a) Colonie « lisse ». *b*) Colonie « rugueuse ». *c*) Colonie « mixte ».

Fig. 1. — Colonies de *Candida albicans* (Negroni).

suffisante pour le diagnostic et le traitement, il faut employer des colonies lisses ; avec des cultures de colonies rugueuses on s'expose même à ne pas obtenir la preuve diagnostique positive d'une réaction cutanée tardive.

Chez tous les malades considérés comme atteints de « Candide allergique de la face », nous avons trouvé un foyer d'infection à *Candida*, fréquemment intestinal mais quelquefois, aussi, cutané ou buccal.

Pathogénie

La « pathogénie allergie » des « Candides » s'appuie sur les faits suivants :

1° Obtention d'une réaction cutanée positive (de genre tardif) par injection intradermique d'une goutte d'extrait de *Candida albicans* portée à une concentration de 1.000 et 10.000 unités Coca.

2° Absence d'infection mycosique au niveau des lésions eczématiformes.

3° Amélioration ou guérison totale par un traitement exclusif basé sur des injections d'extrait de *Candida albicans*.

4° Exacerbation des lésions par injection d'une dose excessive d'extrait de *Candida albicans*.

5° Existence dans l'organisme, chez les individus affectés par le syndrome, de foyers producteurs d'endo-allergènes de *Candida albicans*.

Les épreuves de transmission passive selon la méthode de Prausnitz-Küstner ont été négatives. Le fait ne nous a pas étonnés, puisque les réactions obtenues étaient du genre « tardif » ; il nous permettait de soupçonner que nous nous trouvions devant une forme réaginique d'allergie. Des recherches que nous continuons à faire, selon l'épreuve de Kœnigstein et Urbach, nous permettront de déterminer s'il existe ou non des « anticorps » transmissibles ; mais, de toute façon, il est déjà possible d'affirmer que la « Candide faciale » est un type d'allergie du genre « infection ». De nouveaux faits permettront d'établir si cette forme d'allergie est aussi du type antigène-anticorps, ce qui semble très probable.

Symptomatologie

Le syndrome de « Candide de la face » est caractérisé par des réactions eczématiformes localisées sur les paupières, la région péribuccale ou le cou.



Fig. 2. — Lésions de la paupière inférieure gauche.

Il est plus fréquent dans le sexe féminin. On note souvent une exacerbation au printemps et à l'automne, avec tendance à la bilatéralité des lésions.

La réaction eczématiforme est constituée, au début, par de la congestion et du prurit ; plus tard, la peau prend une teinte marron foncé, elle se ride, présente une desquamation furfuracée et des crevasses, laissant parfois couler un exsudat qui contraste avec la sécheresse de la peau dans les zones affectées.

Le syndrome se présente au complet quand les lésions eczématiformes

affectent les paupières supérieures et inférieures, les deux lèvres, les commissures de la bouche (en formant fréquemment une couronne ezcémati-



Fig. 3 — Lésions péri-buccales.

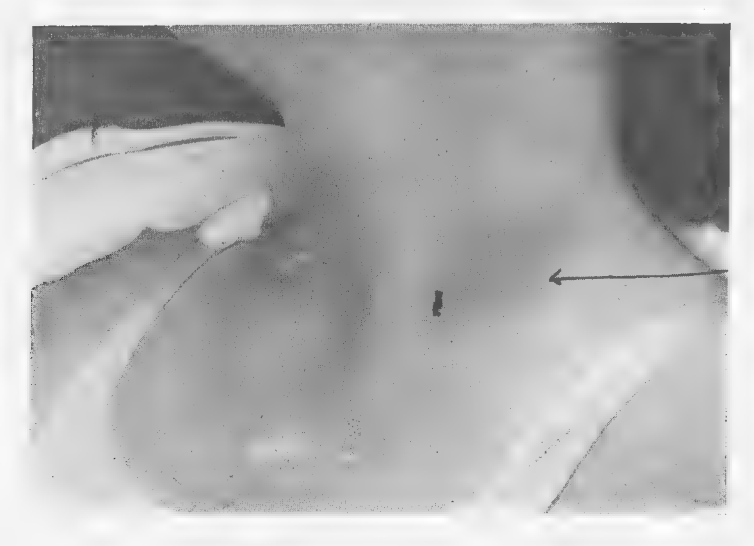


Fig. 4. — Lésions du creux sus-claviculaire gauche.

forme péribuccale) et le cou (avec les caractères d'une névrodermite) (fig. 2, 3, 4). Les lésions des paupières et des lèvres sont souvent bilatérales et symétriques ; celles du cou ne le sont pas toujours, quelquefois elles s'étendent sur la partie moyenne du cou, laissant libres ses côtés. On peut voir, en plus, d'autres localisations : région des poignets, jambes, uni ou

bilatéralement ; elles ont alors la particularité de présenter une certaine symétrie qui fait penser à un facteur métamérique.

Certains malades sont atteints durant toute l'année, avec une exacerbation nette des symptômes à l'approche du printemps et de l'automne et une amélioration spontanée en plein hiver et en été. Chez d'autres malades les lésions apparaissent spontanément à l'approche du printemps et de l'automne et guérissent d'elles-mêmes en été et pendant l'hiver.

Souvent on observe une exacerbation pré-menstruelle des manifestations de la face et du cou, pour revenir à l'état antérieur une fois la période cataméniale commencée ou passée. Chez les femmes parvenues à la ménopause nous n'avons pas noté une telle périodicité mensuelle.

Diagnostic

Le *diagnostic de présomption* se pose par la localisation et les manifestations des lésions cutanées. On doit ajouter à cela l'anamnèse du malade et cette tendance à la périodicité déjà mentionnée. L'injection intradermique d'une goutte d'extrait de *Candida albicans* peut donner une réaction cutanée positive de type tantôt « immédiat », tantôt « tardif ». Dans le premier cas, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une réaction provoquée par les peptones du bouillon avec lequel a été fait l'extrait, ce qui ferait perdre à l'épreuve toute sa valeur diagnostique. Pour faire un diagnostic de présomption de « Candide », ce qui intéresse fondamentalement c'est la réaction « tardive » (fig. 5). *Candida albicans* étant un champignon parasite fréquent et même habituel de l'espèce humaine et étant, en outre, pourvu d'une grande puissance allergénique, il n'est pas étonnant que des individus à peau saine donnent des réactions cutanées positives du genre « tardif » ; le seul fait d'avoir obtenu une réaction cutanée positive n'est donc pas une preuve suffisante de l'action nocive de *Candida albicans*, même en présence du syndrome complet de « Candide ». Le test cutané n'est donc qu'un indice de présomption.

On obtient le *diagnostic de certitude* en vérifiant : 1° si, dans la région des symptômes palpébraux, buccaux ou cervicaux, il n'existe ni infection ni parasitation ; 2° s'il y a au moins un foyer de parasitation à *Candida albicans* éloigné des lésions et 3° si on observe guérison, amélioration ou aggravation après des injections de l'extrait de *Candida albicans*.

Il peut arriver que, simultanément et dans le même endroit, on observe parasitation et réaction allergique. Dans ce cas, on guérit d'abord la première au moyen d'un traitement externe ; il ne reste ensuite que ce qui correspond à l'allergie et qu'on guérit par des injections d'extrait de *Candida albicans*.

Pour les tests cutanés diagnostiques, il faut employer un extrait actif, c'est-à-dire renfermant des allergènes de *Candida albicans* pourvus d'une puissance suffisante et provenant de colonies lisses. Il ne doit pas non plus

être privé de son allergénicité en raison du temps écoulé et de changements de température. En outre, il faut s'assurer que les réactions sont spécifiques et non la conséquence d'un dermographisme, etc.

Nous ne rejetons pas la possibilité d'obtenir des réactions cutanées positives immédiates par l'injection d'extrait de *Candida albicans*. Si l'on a fait des essais avec du bouillon sans culture et si l'épreuve de Prausnitz-Küstner est positive, il ne reste aucun doute sur l'existence des réagines par *Candida albicans*. Nous continuons nos recherches dans ce sens. Cependant le tableau nosologique de la « Candide faciale » est déjà bien défini et ces nouvelles recherches n'ajouteront probablement que des renseignements à propos de divers autres processus. Les réagines à *Candida albicans* sont, théoriquement, probables.

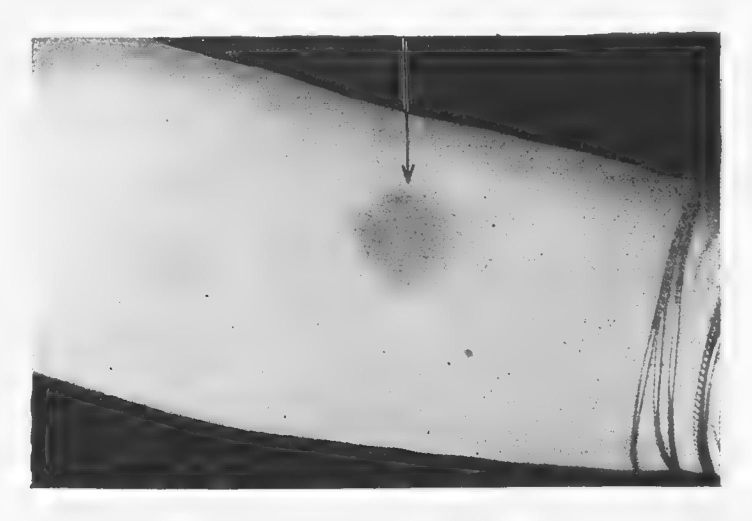


FIG. 5. — Intradermo-réaction à *Candida albicans*. Réaction « tardive » (NEGRONI).

TRAITEMENT

Le traitement des « Candides de la face et du cou » consiste en injections, à doses croissantes, d'un extrait actif et puissant de *Candida albicans*, en cherchant à augmenter le degré de tolérance vis-à-vis des endo-allergènes, ce qui constitue un vrai traitement d'hypertolérance. Dans la plupart des cas, il y a guérison ; dans d'autres, on obtient une amélioration partielle ou transitoire ; quelquefois, les résultats sont négatifs. Nous pensons que le degré d'intensité de l'infection mycosique provoque l'entrée dans la circulation d'une quantité excessive d'allergènes, ce qui annule les possibilités d'un traitement co-allergénal efficace.

Il n'est pas possible de tracer un schéma des doses à injecter puisque, suivant notre expérience, aucun signe clinique, de laboratoire ou cutané, n'indique le degré de sensibilité spécifique et de tolérance aux allergènes

introduits par voie parentérale. Chez nos malades, les doses ont oscillé entre trois unités Coca par jour et 1.000 unités par semaine. Les intervalles entre les doses sont variables, d'une injection par jour à une par semaine. C'est en réglant les doses et les intervalles pour chaque malade, d'après son cas individuel, et en surveillant les réactions, la tolérance et l'évolution, que l'on obtient les meilleures garanties de succès. Les quantités d'unités qu'il faut employer sont en rapport avec la puissance de l'extrait à injecter ; aussi faut-il parfois, pour un même malade, changer la dose dès qu'on utilise un autre extrait.

La *technique de préparation des extraits* que nous employons est simple. Nous avons suivi pour cela les indications de Negroni, à qui nous réitérons notre reconnaissance pour la précieuse collaboration qu'il nous a prêtée et sans laquelle ces recherches n'auraient pas été possibles. On ensemence *Candida albicans* dans du bouillon glucosé (à 2 o/o) et, après un temps variable (généralement un ou deux mois environ) à la température normale de la chambre, on le filtre sur papier et ensuite sur Seitz ou Berkefeld. Au moyen du Kjeldahl, on obtient la quantité de nitrogène total que l'on évalue en unités Coca (chaque 0,00001 de milligramme de nitrogène total équivaut à une unité Coca). Il est préférable de conserver l'extrait dans une glacière à une température d'environ 4°. Avec des dilutions portées à une concentration de 100 unités par centimètre cube on fait les premières épreuves cutanées de diagnostic. Au cas où ces épreuves sont négatives, on emploie la solution portée à 1.000 unités par centimètre cube ; enfin au cas d'impossibilité d'obtenir une réaction cutanée tardive, on essaye une concentration de 10.000 unités par centimètre cube.

Nous n'avons pas enregistré un seul accident en rapport, même lointain, avec le « shock » anaphylactique après les milliers d'injections que nous avons pratiquées dans un but soit diagnostique soit thérapeutique. Une longue expérience de plus de trois années nous autorise donc à proposer un traitement efficace et sans danger qui consiste à employer les doses limites indiquées précédemment. Nous poursuivrons nos recherches pour essayer de trouver le traitement qui nous semblera le plus rationnel, c'est-à-dire celui de la stérilisation des foyers de parasitation au moyen de la chimiothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ruiz Moreno, Guido. — *Medicina* (*sous presse*) et *Annals of Allergy* (*sous presse*).
2. Quelques auteurs emploient l'expression « pathogénie allergique », mais nous pensons qu'il convient mieux de dire « pathogénie allergie » quoique l'idée soit la même et que les deux expressions puissent s'employer également.
3. Negroni, Pablo. — *Dermatomicosis*. Ed. Aniceto Lopez, Buenos-Aires, 1942.
4. Ruiz Moreno, Guido. — Observation inédite.

INFLUENCE DE LA VITAMINE B_2 SUR L'ECZÉMA INFANTILE ET LE PRURIGO DIATHÉSIQUE DE BESNIER

Par Risto PÄTIÄLÄ (d'Helsinki)

Les préparations de vitamine B_2 voient leur importance croître d'année en année dans le traitement des affections cutanées. Rauen, en 1938, constata que la lactoflavine avait une action heureuse, mais passagère, dans les érythrodermies. En 1939, Vilter, Vilter et Spies notèrent l'influence favorable de ce produit sur certaines dermatoses, particulièrement dans les derniers mois de la grossesse. Vannotti (1940), Kasahara et Gamo (1940), Topping et Knœfel (1940), Wolf et Lewis (1941), Wyss-Chodat (1942), Wising (1944) ont également étudié son action sur différentes affections cutanées.

En 1946, Castelberg-Keller publia les résultats remarquables qu'il avait obtenus à l'aide de la becozyme (Roche) dans plusieurs cas d'eczéma infantile. Sous l'influence de cette préparation l'éruption disparaissait et l'état général s'améliorait. La dose administrée était de un ou deux cachets de becozyme par jour. Les injections étaient inutiles.

Il y a environ trois ans j'ai entrepris, partie dans la section des maladies cutanées de la Clinique de l'Université d'Helsinki, partie en dehors d'elle, l'emploi de préparations de vitamine B_2 dans le traitement de l'eczéma infantile et du prurigo-diathésique de Besnier. Les produits employés furent la *riboflavine* (Orion) et la *lactoflavine* (Roche) ; celle-ci dans un cas d'eczéma infantile et cinq cas de prurigo de Besnier ; celle-là dans tous les autres cas. Les conditions de guerre ont nui au relevé des anamnestiques mais laissent leur valeur aux résultats obtenus.

Les malades étudiés se répartissent en cinq cas d'eczéma infantile aigus et vingt et un cas de prurigo de Besnier dont trois associés à des crises d'asthme. L'âge des malades oscille entre 6 et 12 mois pour l'eczéma infantile, entre 3 et 32 ans pour le prurigo. Trois des nourrissons étaient du sexe féminin, deux du sexe masculin. Des sujets atteints de prurigo, 17 étaient du sexe féminin et 4 du sexe masculin. On note dans les antécédents héréditaires de la plupart des malades des eczémateux, des asthmatiques et parfois les deux, ainsi que l'avait déjà noté Edgren (1943).

Les nourrissons eczémateux présentaient une éruption céphalique et surtout faciale, associée chez quelques-uns à une éruption des plis, des coudes et du dos. L'état des malades atteints de prurigo de Besnier variait consi-

dérablement d'intensité selon les cas mais tous offraient les lésions typiques du pli du coude et du creux poplité et souvent des parties latérales du cou. L'examen hématologique, quand il a été pratiqué, montrait une éosinophilie variant de 4 à 10 o/o. J'exposerai l'évolution de la maladie chez un seul de mes sujets où elle fut particulièrement longue ; les autres cas correspondent typiquement aux descriptions d'Edgren (1943).

Il s'agissait de la femme d'un employé de banque, âgée de 26 ans, et atteinte depuis l'âge de six mois, maladie considérée d'abord comme eczéma infantile et reconnue ensuite prurigo diathésique. Elle avait subi toutes sortes de médications internes et externes. Son état était aggravé par les périodes menstruelles et l'avait été plus fortement encore par une grossesse. On ne notait ni asthme, ni eczéma dans ses antécédents héréditaires. La malade montrait de larges placards suintants du visage, des plis des coudes, du cou et des creux poplités; elle manifestait un état de nervosisme accentué et ne supportait pas le séjour à l'hôpital.

Le traitement prescrit consista en 25 ampoules de 2 centimètres cubes de riboflavine préparée par la fabrique de produits pharmaceutiques « Orion » et administrée par voie intraveineuse à raison de deux ampoules par jour. J'ai revu la malade sept jours après la fin du traitement, très améliorée, avec la peau sèche et mince. Une deuxième série de riboflavine fut prescrite 15 jours après la fin de la première et en même temps un traitement local associé à la pâte à l'eau. Un mois après cette deuxième série la malade déclarait n'avoir jamais été de sa vie en aussi bon état; la peau était redevenue mince et souple avec seulement un léger épaississement perceptible aux plis des coudes et aux creux poplités. Une grossesse survenue six mois plus tard n'a pas sensiblement modifié son état de santé et une enquête faite quatre ans plus tard a révélé que l'état s'était maintenu bon avec quelques récidives passagères et guéries en quelques semaines par des soins locaux.

Dans tous les cas d'eczéma infantile j'ai administré la vitamine B_2 par voie intramusculaire (1/2 à 1 ampoule tous les deux jours selon l'âge) ; la série se composait de cinq ampoules. Par contre les prurigos de Besnier furent traités par voie intraveineuse et autant que possible quotidiennement à raison de deux ampoules de riboflavine ou une ampoule de lactoflavine par jour. La série se composait de 25 ampoules de riboflavine ou 10 de lactoflavine. Au besoin j'ai administré une deuxième série identique un mois après la fin de la précédente et dans quelques cas même une troisième après un délai de 2 à 3 mois.

La tolérance a toujours été parfaite ; nul malade n'a éprouvé de malaise même après la dose (exceptionnellement administrée) de quatre ampoules à la fois. Pendant les cinq premières injections j'ai évité tout soin local et ensuite je me suis contenté de quelques crèmes ou pommades anodines. Il est d'ailleurs probable qu'une dose moindre de vitamine B_2, par exemple une demi-ampoule deux fois par semaine, aurait été suffisante.

L'action thérapeutique de la riboflavine et de la lactoflavine étant identique, il n'y a pas lieu de séparer les résultats qu'elles donnent. Leur efficacité rapide dans le cas de l'eczéma des nourrissons était évidente ; dès le quatrième jour après la première injection la peau était sèche, encore un peu squameuse, mais l'amélioration était encore mieux caractérisée par la disparition du prurit ; les enfants, auparavant inquiets et agités, cessaient

de se gratter, demeuraient tranquilles et retrouvaient le sommeil. Quand le traitement fut entrepris à la phase aiguë la guérison survint sans récidive après une seule série d'injections et même, chez deux enfants, sans aucun soin local adjuvant. Par contre, chez les enfants atteints d'eczéma subaigu, quand fut commencé le traitement, survinrent des récidives légères mais assez rebelles malgré les soins locaux.

Dans les eczémas chroniques du type prurigo de Besnier l'amélioration était annoncée par l'habitus extérieur et par la disparition rapide des accès de prurit aigu ; l'action de la vitamine B_2 sur l'état nerveux mérite une mention de premier plan : la disparition de l'inquiétude et le retour du sommeil ont été notés particulièrement chez les enfants de 7 à 9 ans et je considère que l'amélioration de l'état général dépend essentiellement de la disparition de l'inquiétude et de l'augmentation notable de l'appétit qui lui est associée. La guérison obtenue par la riboflavine ou la lactoflavine n'a été cependant durable que dans deux cas ; dans les autres cas survinrent des récidives, souvent plus faibles d'ailleurs que l'atteinte initiale. Dans les trois cas d'asthme intriqué avec l'eczéma, l'asthme a cédé d'abord et l'amélioration des symptômes cutanés a suivi.

Il y a lieu de noter aussi que la première cure de vitamine a toujours été plus efficace que les suivantes ; alors que les résultats obtenus au cours de la première série sautaient aux yeux, parfois même étonnants, l'amélioration due aux cures ultérieures était plus discrète.

Bien qu'il n'ait pas toujours été obtenu de résultat durable dans l'eczéma infantile et le prurigo diathésique traités par la riboflavine ou la lactoflavine, il est donc permis de dire que cette médication représente un appoint très important dans le traitement de ces maladies rebelles et qu'elle aide les patients à sortir de la situation pénible due aux accès de prurit aigu.

BIBLIOGRAPHIE

J. Castelberg-Keller. — Becozym in der Behandlung von Milchschorf. *Therepeutische Umschau*, 1946, n° 2, 35.

G. Edgren. — Prognose und Erblichkeitsmomente bei Eczema infantum. *Acta paediatrica*, 1940, vol. **30**, suppl. II.

M. Kasahara et L. Gamo. — Ueber die Lactoflavintherapie der Erythrodermia desquamativa Leiner. *Jikken Iho*, 1940, **26**, 859.

M. Rauen. — Beitrage zur kliniker sekundären exfoliativen Erythrodermie. *Diss.*, Bonn, 1936.

M. C. Topping et A. F. Knoefel. — Use of vitamin G in pemphigus. Report of a case of pemphigus vulgaris treated successfully with riboflavin. *J. of Amer. med. assoc.*, 1940, **114**, 2102.

R. W. Wilter, S. P. Wilter et T. D. Spies. — Relationship between nicotinic acid and a codehydrogenase (cozymase) in blood of pellagrins and normal persons. *J. of Amer. med. assoc.*, 1939, **112**, 420.

P. J. Wising. — Monosymptomatic isolated riboflavin deficiency (ariboflavinosis) in a human subject. *Acta medic. scand.*, 1944, **116**, 288-293.

F. Wyss-Chodat. — Les indications des vitamines en dermatologie (*suite*). *Praxis*, 1942, n° 42, 777.

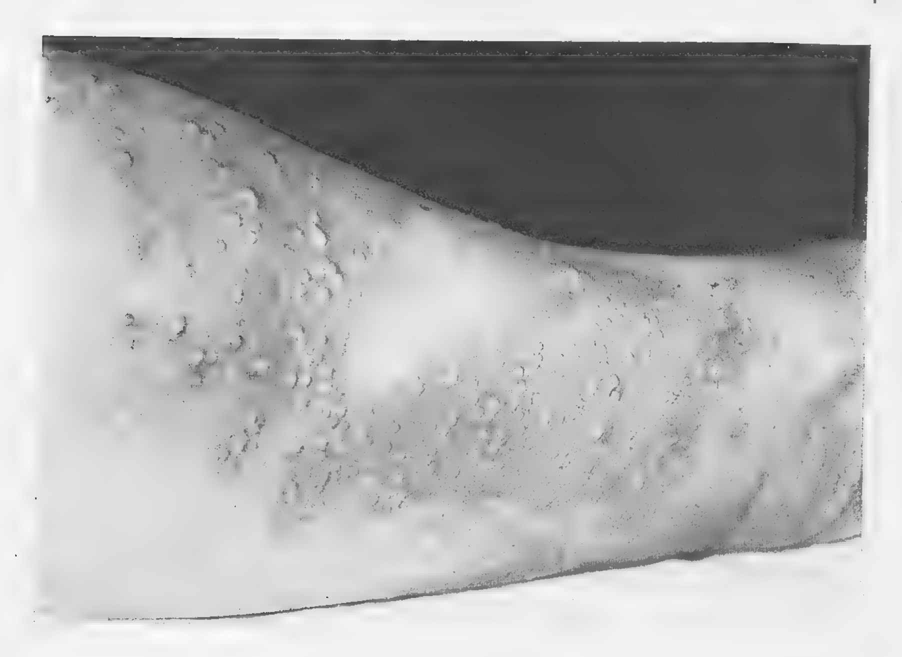


Fig. 92. — Impétigo herpétiforme (lésions de la face externe d'une cuisse) (Grzybowski, Varsovie).



Fig. 93 — Chancre syphilitique du doigt (Homme de 32 ans) (Flandin).



Fig. **94**. — Psoriasis arthropathique (Homme de 55 ans)
(Touraine).



Fig. **95**. — Pemphigus staphylococcique (Garçon de 8 ans)
(Labourgade, Pau)



Fig. **96**. — Maladie de Fox-Fordyce (jeune fille de 16 ans) (Milian).

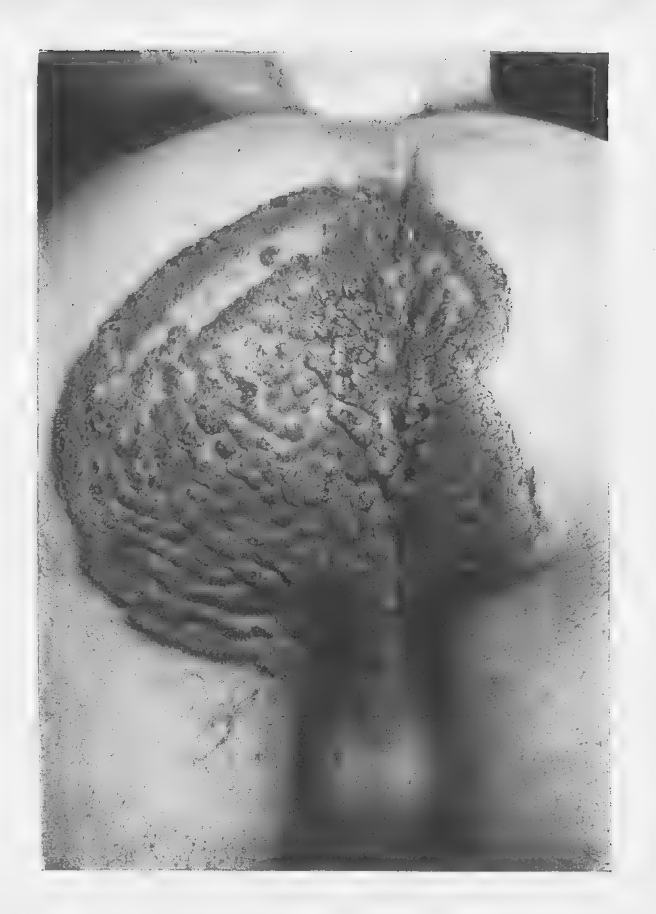


Fig. **97**. — Lupus papillomateux ano-fessier à développement centrifuge (Gaté, Lyon).



Fig. 98. — Acné des brillantines (Femme de 39 ans) (G. Garnier).



Fig. 99. — Schwannome du nez (Fillette de 7 ans) (Méchin, Constantine).

RECUEIL DE FAITS

PÉNICILLINE DANS L'IMPÉTIGO HERPÉTIFORME DE HÉBRA

Par le professeur S. TEODORESCOU et A. CONU (Assistant)
(Clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest).

Dans un travail antérieur (*Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, **7**, n° 5, juillet 1947, p. 250), nous avons rapporté un cas d'impétigo herpétiforme du type Hebra, forme grave, guéri à la suite de l'administration de sulfamides. Dans le présent article nous voulons relater un second cas, appartenant à la même maladie, traité cette fois par la pénicilline, et dont nous avons pu suivre l'évolution jusqu'à complète guérison.



Ce qui nous a déterminé à traiter ce second cas à la pénicilline et non pas aux sulfamides (qui nous avaient pourtant donné de si bons résultats dans le cas précédent) était notre désir de savoir si la pénicilline exerce elle aussi une action favorable sur cette maladie. La vérification de ce fait nous a paru pleine d'intérêt, car elle aurait pu constituer une confirmation indirecte de l'hypothèse infectieuse de cette affection, en nous permettant en même temps de circonscrire la place de son agent inconnu parmi les germes sensibles à la fois aux sulfamides et à la pénicilline.

L'essai de ce dernier médicament nous a paru d'autant plus intéressant que nous n'avions pu trouver, dans la littérature à notre disposition, aucune indication concernant l'emploi de la pénicilline dans l'impétigo herpétiforme du type Hebra.

Observation. — Le malade, âgé de 26 ans, entre dans la Clinique dermatologique de Bucarest, le 31 mars 1947, présentant une éruption érythémato-pustuleuse et croûteuse en nombreux placards disséminés sur les téguments, et un état général mauvais, avec fièvre, asthénie, céphalée et anorexie.

Historique. — Dix jours avant son admission à la Clinique le malade a commencé à ressentir des maux de tête, de la fièvre, de l'inappétence, de la faiblesse. En même temps, apparurent sur le tiers supérieur des cuisses, des taches d'une coloration rouge-brun, de forme arrondie ou ovalaire, d'un diamètre de 2 à 3 centimètres qui ne tardèrent pas à se recouvrir de petites pustulettes du volume d'un grain de millet, contenant un liquide trouble. Puis, à côté de ces lésions, d'autres éléments analogues se formèrent qui, par confluence, donnèrent naissance à des placards beaucoup plus étendus, de forme irrégulière, situés d'une manière symétrique à la racine des cuisses. Les jours suivants, d'autres placards, assez bien isolés et composés des mêmes éléments éruptifs, se sont développés sur le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs, sur les cuisses, les jambes, et enfin, sur le visage, deux jours avant son admission à la Clinique. Pendant tout ce temps le sujet a gardé la chambre, car il était fébrile et complètement asthénique.

État présent. — Sujet de constitution moyenne, aux téguments et aux muqueuses pâles; tissu cellulaire sous-cutané et musculo-adipeux très peu développé. Température 38°6. Il se plaint de céphalée continue, d'anorexie. Le malade est tellement affaibli que c'est à grand'peine qu'il se tient debout. L'éruption est constituée par un grand nombre (26) de placards, situés dans les régions suivantes : face (région zygomatico-malaire gauche et joue droite), thorax antérieur (région présternale et sous-mamelonnaire gauche), thorax postérieur (régions scapulaires et interscapulo-vertébrale), région sous-ombilicale, cuisses et jambes. Ces placards, de forme généralement ovalaire, parfois parfaitement arrondis, bien délimités, sont de taille variable, les plus petits ayant un diamètre de 1 à 1 cm. 5, les plus grands de 3 à 3 cm. 5. Leur surface est d'un rouge-brun, masquée en partie ou parfois en totalité par des pustules rondes du volume d'un grain de millet ou un peu plus, d'une coloration gris-jaunâtre, isolées les unes des autres, mais parfois confluant sur une grande partie de la surface du placard, affectant un aspect phlycténoïde. Ce qui nous a le plus frappés, à un examen plus attentif des pustules, c'était l'absence de tout halo inflammatoire, autour d'elles (fig. 1).

Au niveau des cuisses et des jambes, parmi les autres éléments, il existait deux petits placards parfaitement arrondis, d'un diamètre de 2 à 3 centimètres. Ces placards étaient recouverts de pustules situées surtout à leur périphérie, formant ainsi une parfaite couronne d'éléments confluant par leurs bords. L'aspect de ces deux placards était les plus caractéristiques de cette dermatose et suggérait dès le premier abord le diagnostic clinique d'impétigo herpétiforme.

Sur les placards plus anciens, dans leur partie centrale ou bien sur toute leur surface, existaient des croûtes lamelleuses d'épaisseur variable, d'un brun sale, résultant de la concrétion du contenu des pustules, qui se présentait sous l'aspect d'un pus épais gris-jaunâtre.

Sur la face supéro-interne de chaque cuisse se trouvait un placard, disposé symétriquement, qui, partant de la partie moyenne des cuisses, se dirigeait en haut jusqu'au sillon génito-crural et en arrière vers la région périanale et le sillon interfessier. Ces placards d'un rouge brun, à bords bien délimités et polycycliques, étaient recouverts en partie de pustules miliaires du même aspect que celui décrit plus haut, et en partie de croûtes ou squames-croûtes. Au-dessous de ces grands placards, c'est-à-dire dans la portion inférieure de la face antéro-interne des cuisses, on voyait encore quelques placards aberrants, ronds, plus petits, d'un diamètre de 1 à 1 cm. 5 et en partie pustuleux et croûteux.

La région pubienne était le siège d'un placard approximativement des dimensions d'une paume de main, de forme assez nette, ovalaire, bien délimitée, à bords macro et polycycliques résultant de la confluence d'autres éléments plus petits: la périphérie de ce placard était occupée par des éléments pustuleux, du volume

d'une grosse tête d'épingle, assez distincts les uns des autres, tandis que son centre offrait une surface irrégulière couverte de croûtes épaisses, fendillées, de couleur jaune-brun.

Examen somatique. — *Cœur* à limites normales; rythme régulier, tachycardie. Pouls à 100. Tension artérielle : 11/6. *Poumons* : rien de remarquable à la percussion. A l'auscultation, râles bronchiques disséminés dans les deux poumons. *Foie* à limites normales. *Rate* percutable sur deux travers de doigt, non palpable. *Abdomen* souple, non douloureux. *Tube digestif* : langue saburrale, transit intestinal normal, anorexie. *Système nerveux* : rien d'organique.

Recherches de laboratoire. — *Hémogramme* : globules blancs 17.000, globules rouges 3.200.000, Hb. 0,85 o/o. Formule : neutrophiles 77 o/o, éosinophiles 2 o/o, lymphocytes 15,5 o/o, mononucléaires 5,5 o/o.

Urine : traces prononcées d'albumine. Sédiment : fréquents leucocytes et hématies, rares cylindres hyalins et granuleux. Urée : 0,40 o/oo.

L'examen microscopique du *pus des pustules*, coloré au bleu de méthylène, montrait de très nombreux polynucléaires, la plupart intacts, d'autres à noyau dégradé. Aucun germe.

Cultures sur milieux liquides (bouillon simple, bouillon glucosé à 2 o/oo), et sur milieux solides (gélose simple, gélose sérum); après 72 heures d'étuve à 37°, il ne s'est développé aucun microbe.

Auto-inoculations expérimentales pratiquées chez le malade, sans résultat, de même que les inoculations pratiquées sur des souris par scarifications.

Hémoculture sur bouillon, négative.

Examen anatomo-pathologique. — Dans l'épiderme de surface on voit un certain nombre de pustules superficielles, séparées les unes des autres, encerclées entre deux lames de cellules cornées en parakératose. Le contenu de ces pustules est formé par des cellules polynucléaires, entre lesquelles on voit des lames constituées par des cellules cornées, disloquées, disposées plus ou moins parallèlement. L'épiderme qui se trouve au voisinage de ces bulles est en légère acanthose avec des cellules œdémateuses et de rares cellules polynucléaires en diapédèse. Le reste de l'épiderme est d'apparence normale.

Dans la couche papillaire, il y a, par place, de petites infiltrations périvasculaires et parfois des infiltrations plus importantes constituées par des cellules du type lymphoïde et des histiocytes. Les vaisseaux sont légèrement dilatés. Le tissu conjonctif n'offre pas de lésions. Dans les préparations colorées au Gram, à l'intérieur des pustules, on ne trouve pas de microbes.

Evolution. — Pendant 5 jours, le malade n'a été soumis à aucun traitement afin de suivre l'évolution naturelle de l'éruption et de pratiquer les recherches de laboratoire nécessaires pour préciser le diagnostic. Dans ce laps de temps la fièvre oscille entre 38°2 et 38°6 avec rémissions matinales de 1° : l'adynamie, la céphalée et l'anorexie se sont accentuées; une partie des éléments pustuleux ont persisté avec le même aspect, d'autres ont conflué recouvrant des surfaces plus étendues du placard; sur la cuisse et la jambe droites apparurent de nouvelles lésions sous forme de plaques érythémateuses rondes, d'un diamètre d'environ 1 à 1 cm. 5, couvertes de pustules plus ou moins volumineuses, pareilles à celles des lésions antérieures.

Le sixième jour de l'hospitalisation, le malade a été traité à la pénicilline, en tout 300.000 U. O. injectées de 3 en 3 heures. A la suite de ce traitement, la fièvre est tombée complètement dès le lendemain, le malade est devenu plus éveillé, l'appétit a réapparu, les pustules commencèrent à se dessécher et les croûtes à tomber. Les éléments se trouvant au début de leur évolution se sont résorbés. Au bout de quelques jours, il ne restait à leur place que des taches pigmentaires ayant la forme des placards antérieurs.

Cette action thérapeutique rapide, manifeste dès le lendemain de l'administration de la pénicilline, a réalisé, en 10 à 15 jours environ, la guérison complète.

ANALYSES

18a. — *Lymphogranulomatose vénérienne* (Généralités).

José May (Montevideo). — **Poradénolymphite ou Maladie de Nicolas-Favre ou lymphogranulomatose vénérienne** (Poradenolinfitis o Enfermedad de Nicolas-Favre o Linfogranulomatosis venerea), 1 volume de 422 pages, 102 figures, Montevideo, 1940 et 1 volume de 134 pages, 35 figures, Montevideo 1943, imprimerie « El Siglo ilustrado », longues bibliographies.

Le premier de ces volumes, richement documenté, abondamment illustré, est un important traité consacré exclusivement à la maladie de Nicolas-Favre. Le deuxième reproduit une conférence faite aux Journées dermato-syphiligraphiques de Buenos-Aires en août 1942, sur le même sujet.

Il semble impossible de faire mieux et plus complet sur cette question, dont les différents chapitres sont longuement développés. A signaler, entre autres, la remarquable description clinique des divers chancres lymphogranulomateux, les manifestations générales de l'infection sur le sang, le liquide céphalo-rachidien, la peau, l'œil, les articulations, etc., l'étude des syndromes que l'auteur croit pouvoir rattacher à la maladie de Nicolas-Favre (induration des corps caverneux, rétraction de l'aponévrose palmaire), l'anatomie pathologique du chancre et des adénopathies, l'esthiomène, le syndrome ano-génital, les associations, les réactions biologiques de diagnostic, etc.

Ces deux livres font le plus grand honneur à l'École uruguayenne et à José May dont on sait l'importante et fructueuse participation à l'étude de la lymphogranulomatose bénigne. Tout travail sur cette affection devra se reporter à cette inépuisable source de documents.

A. Touraine.

O. Arias. — **La lymphogranulomatose vénérienne** (Lymphogranuloma venereum). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 11, novembre 1946, pp. 680-687.

Bonne revue générale portant notamment sur la description clinique des accidents de la sphère ano-génitale (signe de Gjuric pour l'adénopathie : placard infiltré avec un ou plusieurs sillons nets), les manifestations cutanées et oculaires (œdème de la papille, vaisseaux rétiniens élargis et sinueux, syndrome de Parinaud, uvéite, kérato-conjonctivite, épisclérite, conjonctivite folliculaire), les signes généraux de l'affection.

Étude des réactions biologiques : Frei avec antigène de cerveau de souris, antigène lygranum de Grace-Bake (suspension de virus inoculé dans l'embryon de poulet) (préféré par l'A.), hémoréaction de Ravaut.

Présentation de 3 observations de malades.

A. Touraine.

H. Hellendall. — **Transmission expérimentale du virus du lymphogranulome inguinal à travers le placenta** (Experimental transmission of lymphogranuloma venereum virus through the placenta). *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, t. **51**, octobre 1942, pp. 140-141.

Une souche fixée de virus lymphogranulomateux est injectée à des souris gravides. Celles-ci sont sacrifiées de 1 à 4 jours plus tard; des émulsions du cerveau de la mère et de celui du fœtus sont soit injectées à de nouvelles souris, soit utilisées comme antigène en tests intradermiques chez l'homme et comparées à un antigène humain.

Dans les deux cas, les résultats peuvent être positifs (résumés dans un tableau). Hellendall en conclut que le virus a dû traverser le placenta .

A. Touraine.

H. Hellendall. — **Transmission expérimentale du virus du lymphogranulome vénérien à travers le placenta** (Experimental Transmission of Lymphogranuloma venereum virus through the placenta). *American Journal of Surgery*, t. **70**, 1946, p. 320.

Inoculé sous la peau d'une souris fécondée, le virus peut traverser le placenta et infecter le fœtus. Celui-ci renferme des corps élémentaires dans le tissu cérébral; il a une réaction de Frei positive et l'émulsion de cerveau peut transmettre la maladie à l'homme. Les chances de transmission sont d'autant plus grandes que l'infection de la mère est plus récente.

Hellendall admet que le même processus peut se réaliser chez l'homme.

A. Touraine.

M. Shaffer, H. Jones, A. Grace, D. Hamre et G. Rake. — **Emploi du sac du jaune d'œuf de l'embryon de poulet pour l'isolement de l'agent du lymphogranulome vénérien** (Use of the yolk sac of the developing chicken embryo in the isolation of the agent of lymphogranuloma venereum). *Journ of Infect. Diseases*, t. **75**, septembre-octobre 1944, pp. 109-112.

Deux souches de cet agent infectieux ont été isolées par inoculation directe de produits humains sur le sac du jaune d'un œuf fertile. C'est là un milieu idéal d'expérimentation et un bon procédé de diagnostic. Il suffit d'inoculer directement dans ce sac une suspension du pus de bubons humains.

Les deux souches qui ont été ainsi isolées diffèrent quelque peu l'une de l'autre. L'une a pu subir 7 passages sur 10 souris; l'autre n'en a supporté aucun.

A. Touraine.

C. Durieux. — **Note sur la conservation du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre). Nouvelle technique de préparation de l'antigène de Frei.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, août 1945, nos 15-16. Séance du 15 juin 1944. pp. 759-731.

Le virus de la maladie de Nicolas-Favre a été considéré jusqu'à présent comme très difficile à conserver *in vitro*. En vue de prolonger sa survivance, l'auteur préconise l'emploi d'une poudre de cerveau provenant de la corticalité de l'encéphale d'un singe infecté, préparée après congélation à basse température (— 22°C) de l'organe récemment prélevé et dessiccation dans le vide. La poudre ainsi préparée est répartie à raison de cinquante centigrammes par ampoule; ces ampoules sont scellées dans le vide et conservées au frigorifique. L'antigène est ensuite préparé au fur et à mesure des besoins. Il suffit de mettre cinquante centigrammes de poudre de cerveau en suspension dans vingt centimètres cubes d'eau physiologique : la suspension est mise en ampoules d'un centimètre cube et tyndallisée. On obtient ainsi un produit conservant son pouvoir antigénique intact pendant plusieurs années, et réalisant un excellent antigène pour la réaction de Frei.

Lucien Périn.

F. Combes, O. Canizares et G. Morris. — **La réaction de Frei ; étude de l'antigène embryon de poulet ou « lygranum »** (Frei test : Evaluation of chick embryo antigen (lygranum)). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, n° 2, août 1942, pp. 264-268.

Les A. ont comparé chez 356 malades les réactions de Frei obtenues tantôt avec l'antigène cerveau de souris, tantôt avec une culture sur le sac allantoïdien d'un embryon de poulet, tantôt (chez 102 malades) avec un antigène humain actif.

Dans 82 cas sur 89 de granulome vénérien les deux premiers antigènes ont donné les mêmes résultats positifs ; dans 4 cas l'antigène allantoïdien a donné une réponse positive alors qu'elle était douteuse avec l'antigène cerveau ; cela a été l'inverse dans deux cas seulement. Chez un malade, toutes les réactions ont été négatives (femme avec esthiomène et après hyperpyrexie par injection intraveineuse d'antigène).

Sur 261 sujets témoins, sans passé granulomateux, 12 ont eu toutes les réactions positives mais 5 d'entre eux se sont montrés ensuite porteurs de rectite ou de troubles sanguins d'origine lymphogranulomateuse. Chez 32 autres sujets l'antigène cerveau a donné des réactions douteuses ; pour 4 d'entre eux, mêmes résultats avec l'antigène embryon et pour 12 autres réactions négatives avec les antigènes souris et homme. A. Touraine.

L. Knott, L. Bernstein, H. Eagle, P. Billings, R. Zobel et G. Clark (Baltimore). — **Le diagnostic différentiel du lymphogranulome vénérien et de la chancrelle par le laboratoire et les tests cutanés** (The differential diagnosis of lymphogranuloma venereum and chancroid by laboratory and skin tests). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and venereal Diseases*, t. **27**, n° 6, novembre 1943, pp. 657-685, 20 tableaux, longue bibliogr.

De l'étude de 44 chancrelles, 31 maladies de Nicolas-Favre, 78 syphilis, 18 maladies diverses, 11 contacts avec les malades précédents et 20 témoins normaux, les auteurs concluent que :

1° Les tests cutanés (Ito-Reenstierna, Frei et lygranum) doivent être interprétés avec précaution. Une réaction positive n'entraîne pas le diagnostic ; une négative ne permet pas de l'exclure.

2° La réaction de fixation au lygranum est souvent positive en l'absence de tout commémoratif ou de tout signe ; elle peut n'être qu'une réaction croisée avec d'autres maladies vénériennes, en particulier la syphilis.

3° Dans le cas de la syphilis, les résultats initiaux de la réaction de fixation au lygranum ne méritent pas confiance ; cette réaction doit être renouvelée au cours du traitement antisyphilitique.

4° Les fausses réactions sérologiques de la syphilis sont étonnamment fréquentes dans la chancrelle, le lymphogranulome vénérien et les autres affections génitales non syphilitiques (dans le lymphogranulome : travaux de Sulzberger et Wise. *J. A. M. A.*, 1932, **99**, p. 1407), de Frei (*J. A. M. A.*, 1938, **110**, p. 1653), de Myerson (*J. A. M. A.*, 1941, **117**, p. 1877), de Cariola (27 Kahn et Wassermann positifs sur 122 cas. *Rev. méd. de Chile*, 1941, **69**, p. 715), des auteurs : 16 réactions positives sur 31 cas de maladie de Nicolas-Favre, 10 réactions positives sur 44 cas de chancrelle. « Il faut donc s'abstenir de tout traitement arsenical sur la foi d'une sérologie faiblement positive, même si elle est durable. »

5° La teneur du sérum en sérine et en protéine n'a que peu de valeur diagnostique.

6° Le meilleur critérium du diagnostic reste la clinique. Les tests cutanés et sérologiques ne suffisent pas, à eux seuls, à établir un diagnostic ; ils ne sont, tout au plus, que confirmatifs. A. Touraine.

E. Axelrod. — **Le diagnostic du lymphogranulome vénérien. Estimation de la valeur d'un antigène virus, le « lygranum » préparé par culture sur embryon de poulet** (The diagnosis of lymphogranuloma venereum. An evaluation of a virus antigen (lygranum) prepared from culture on chick embryo). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, juillet 1942, pp. 474-478.

Sur 36 réactions chez des porteurs d'adénite inguinale, 14 positives, 8 douteuses et 14 négatives. Sur 26 réactions chez des porteurs de rétrécissement rectal, 16 positives, 7 douteuses, 3 négatives. Sur 50 réactions chez des témoins pris au hasard, 2 positives, 2 douteuses, 46 négatives. Sur 23 réactions chez des femmes enceintes en traitement antisyphilitique, 3 positives, 2 douteuses, 18 négatives. Quelques-uns des malades à réaction paraissant anormalement positive, la lymphogranulomatose a pu être retrouvée dans leur passé ou quelque temps plus tard.

Le virus antigène peut donc être comparé, comme sensibilité à certains antigènes humains. A. Touraine.

M. Schaffer, G. Rake et A. Grace. — **Les antigènes sur sac allantoïdien du jaune d'œuf dans le diagnostic et l'épidémiologie du lymphogranulome vénérien** (Yolk sac antigens in the diagnosis and epidemiology of lymphogranuloma venereum). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, mai 1942, pp. 271-281.

Les A. ont obtenu de riches suspensions de corps élémentaires du virus dans le sac allantoïdien du jaune d'œuf fortement infecté par l'agent du lymphogranulome vénérien. Ces suspensions, inactivées et standardisées, réalisent un antigène, le « lygranum » qui peut être utilisé dans la réaction de Frei ou, avec de légères modifications, dans une réaction de fixation du complément.

La réaction de Frei, pratiquée par l'injection intradermique d'un dixième de millimètre cube, a donné chez 106 malades 96 résultats positifs, 3 douteux, 7 négatifs (chiffres correspondants pour 106 réactions avec l'antigène de cerveau de souris : 78,9 et 19 et pour 42 réactions avec l'antigène humain : 38, 1 et 3.

La réaction de fixation du complément avec cet antigène a donné 113 résultats positifs sur 115 cas (2 résultats négatifs dans des rétrécissements rectaux dont le Frei était négatif). Sur 146 sujets à Frei positif (avec ou sans signes de lymphogranulomatose), 145 fixations. Sur 39 sujets normaux, 2 fixations positives (dont un garçon avec uréthrite de cause inconnue). Sur 23 malades divers, 3 fixations positives (2 chez des blennorragiques, 1 chez un syphilitique). Sur 53 sujets vénériens, non suspects de lymphogranulomatose, 12 réactions de Frei positives avec l'antigène souris, 13 avec le lyngranum, 16 ont eu une réaction de fixation positive; une vérification précise a permis de dépister une lymphogranulomatose chez 8 de ces sujets.

A. Touraine.

C. Ottolina. — **La « réaction vésiculeuse », méthode de diagnostic dans l'infection par le virus poradénique** (La reaccion vesicular : metodo para el diagnostico de la infeccion par virus poradenico). *Rev. Policlin. Caracas*, t. **12**, janvier-février 1943, pp. 13-20, d'après *Venereal Disease Information*, t. **25**, n° 5, mai 1944, p. 144.

On prélève 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien chez un sujet atteint de granulomatose vénérienne et on les concentre jusqu'à 1 cm³ 5. On injecte 0 cm³ 3 de cet extrait dans le derme; chez les sujets atteints de la même affection, une vésicule se forme en 24 heures, la peau sus-jacente prenant une teinte gris foncé; ombilication en 48 heures, début de dessiccation en 3 jours. Le liquide de la vésicule est jaune, visqueux; il renferme des mononucléaires et des polynucléaires mais pas de bactéries.

Les résultats sont exactement les mêmes que ceux de la réaction de Frei, d'après 12 cas. A. Touraine.

18b. — *Lymphogranulomatose vénérienne* (Clinique).

L. Van der Meiren. — **Maladie de Nicolas-Favre.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, février 1947, pp. 194-195.

L'A. rapporte une observation de maladie de Nicolas-Favre révélée dès son début par des chancres multiples et volumineux accompagnés de vaginite et de vulvite intenses. La pénicilline a eu une action cicatrisante sur une des masses ganglionnaires tandis qu'elle provoqua la fonte purulente des amas ganglionnaires de l'autre pli inguinal. L'utilisation de cette médication semble donc avoir raccourci la période d'état de l'affection si souvent désespérément chronique.

L. Vissian.

O. G. Costa (Bello Horizonte, Brésil). — **Lymphogranulome vénérien de siège et d'extension inusités** (Lymphogranuloma venereum of unusual location and extent). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **47**, mai 1943, pp. 694-695, 1 figure.

Chez un nègre de 36 ans, syphilitique congénital, ulcération de la verge avec adénopathie inguinale 4 ans auparavant. L'adénopathie inguinale et iliaque a persisté dans les deux aines, s'est étendue en un vaste placard infiltré et fistulisé. Frei fortement positif, Kahn positif, tuberculine négative. A. Touraine.

M. Myerson. — **Lymphogranulome vénérien de l'hypopharynx et du larynx** (Lymphogranuloma venereum of the hypopharynx and larynx). *The Journal of the American Medical Association*, t. **117**, 22 novembre 1941, pp. 1877-1879.

On ne connaît que peu de cas antérieurs dans le pharynx et aucun dans le larynx. Le diagnostic avec les autres granulomes se fait par la réaction de Frei, puis par l'augmentation des protéines dans le sang.

Femme de 31 ans, depuis 6 mois angine, sueurs nocturnes, accès de toux sèche ; quelques crachats sanglants. Granulome ulcéreux, couvert d'un exsudat laiteux, en placard superficiel, à bords irréguliers, s'étendant, du côté droit, sur l'amygdale, les piliers, le voile, le naso et l'hypopharynx, le larynx. Peu de douleurs. Frei positif ; protéinémie de 92 grammes par litre. Guérison par injections intraveineuses d'antigène de Frei. A. Touraine.

S. Keesal (Philadelphie). — **Lymphogranulome vénérien. Un cas chez l'enfant** (Lymphogranuloma venereum. Report of a case in a child). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 9, septembre 1946, pp. 520-522. Courte bibliographie.

Après une brève et superficielle revue générale de la question [Erreurs dans les noms propres, *An.*], l'A. rappelle 23 cas chez l'enfant. Dans une observation personnelle, il s'agit d'un garçon nègre de 3 ans avec adénopathie inguinale droite, sans notion étiologique. Exérèse chirurgicale de tous les ganglions de la région. 4 jours plus tard, réaction de Frei positive. Examen histologique compatible avec le diagnostic. A. Touraine.

W. Wood jun. et H. Felson. — **Un cas de lymphogranulome vénérien associé à une pneumonie atypique** (A case of lymphogranuloma venereum associated with atypical pneumonia). *Annals of Internal Medicin*, t. **24**, 1946, p. 904.

On sait que le lymphogranulome vénérien est une infection systématisée, capable de donner céphalée, frissons, fièvre, arthrites. En raison de la similitude de son virus avec ceux de la psittacose, de la pneumonie atypique, de la méningopneumonie on peut s'attendre à la coexistence de lymphogranulomatose et de pneumonie atypique. Les A. en publient un cas et pensent à l'unité du virus.

A. Touraine.

J. Klein. — **Etude radiologique du lymphogranulome vénérien** (Roentgen study of lymphogranuloma venereum). *American Journal of Roentgenology*, t. **51**, janvier 1944, pp. 70-75.

La lymphogranulomatose du côlon est étudiée d'après 24 cas (résumés en tableau et dont 5 observations sont rapportées plus en détail).

Les symptômes cliniques des lésions du rectum se manifestent, sous l'écran, par une destruction de la muqueuse, un rétrécissement du rectum, une dilatation de l'ampoule rectale, des traînées isolées ou multiples périrectales et périsigmoïdiennes, des trajets fistuleux. A. Touraine.

F. d'Allaines, A. Lambling et C. Dubost. — **Sur l'évolution des rectites sténosantes après colostomie** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 14, 14 avril 1946, pp. 597-601. Bibliographie.

En 1934, Gatellier et Weiss déconseillent toute intervention chirurgicale dans les rétrécissements ano-rectaux de la maladie de Nicolas et Favre. Pour Moulonguet (*Acad. de Chir.*, 28 mai 1941, p. 434), ces rétrécissements guérissent par les sulfamides. D'après les A. la chirurgie reprend ses droits au cas de stagnation des lésions, d'extension du processus, de persistance d'un microbisme latent ; la sulfamidothérapie fait fondre la réaction scléro-inflammatoire périviscérale et augmente le nombre des cas où, après colostomie, la résection secondaire d'un rétrécissement indilatable, avec abaissement transsphinctérien du côlon, permet une guérison quasi irréprochable.

Ils rapportent brièvement 6 observations personnelles avec des résultats divers :

1° *Guérison complète et définitive après simple colostomie* : 2 cas chez des hommes dont on a pu fermer l'anus iliaque 5 et 3 ans après son établissement.

2° *Guérison par sténose cicatricielle* permettant un rétablissement secondaire après résection. 2 cas chez des femmes, avec résection 2 et 3 ans après la création d'un anus iliaque (13 observations analogues sont citées).

3° *Extension* malgré la colostomie et les sulfamides soit par *diffusion excentrique* périrectale (cas de Lecène, Hartmann), soit *le long du côlon* en amont de l'anus iliaque (obs. des A., de Duval, Braine, Moulonguet, etc.), soit par *infection latente* sur un rétrécissement en apparence guéri (obs. d'un homme à qui une amputation du rectum dut être faite 14 ans après une colostomie, en raison de fortes poussées de fièvre).

Les résultats de la chirurgie sont donc très variables, mais ne sauraient être négligés. A. Touraine.

Savignac. — **Un nouveau cas d'oblitération totale d'un rétrécissement du rectum**. *Société de gastro-entérologie de Paris*, 11 mars 1946.

Malgré une colostomie, un rétrécissement rectal par maladie de Nicolas-Favre, chez une femme, n'a cessé de s'accentuer progressivement, malgré aussi des séries de traitement par le rubiazol. En 26 ans, la sténose a abouti à une imperméabilité absolue du rectum et de l'anse sigmoïde, depuis l'anus jusqu'à la colostomie. C'est là un deuxième cas personnel de cet insuccès de la thérapeutique chirurgicale et sulfamidique. A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **Sur les urétrites mixtes gono-poradéniques** (Sobre las uretrites mixtas gonococico-poradenica). *Medicina española*, t. **10**, n° 59, décembre 1943, p. 859 (Lecturas dermosifiliograficas de actualidad).

W. (*British J. of Dis.*, **19**, 37, 1943) s'est occupé récemment du problème des urétrites aiguës résultant d'une double infection par le gonocoque et le virus poradénitique.

Ces urétrites débutent comme de simples urétrites blennorragiques, mais l'existence d'une infection lymphogranulomateuse surajoutée pourrait être décelée de façon précoce par quelques signes cliniques anormaux.

Les deux affections évolueraient simultanément, l'incubation de la poradénolymphite, qui est normalement de quelques semaines, se trouverait exceptionnellement réduite jusqu'à n'être que de 4 à 6 jours.

Les plus caractéristiques des signes seraient un œdème du méat urétral et du prépuce et une réaction inflammatoire des lymphatiques du sillon coronarien et de la face dorsale du pénis. Ces deux symptômes coexisteraient d'une façon paradoxale avec une sécrétion urétrale peu importante et légèrement sanguinolente. Parfois aussi s'observent de petits nodules de la peau du pénis en relation avec une lymphangite superficielle.

Dans les cas où l'infection lymphogranulomateuse reste localisée exclusivement dans l'urètre, les ganglions de l'aine ne seraient pas enflammés mais la profonde adénopathie iliaque, quasi-pathognomonique, du lymphogranulome vénérien ne manquerait presque jamais.

L'association de ces signes urétraux et péniens, coexistant avec une adénopathie iliaque, chez un malade atteint de blennorragie, constituent de sérieux motifs pour admettre l'existence d'une infection mixte dont la confirmation doit être apportée par une intradermo-réaction de Frei. J. Margarot.

Mezzadra et Carli (Padoue). — **Le tableau hématique et médullaire dans la maladie de Nicolas et Favre** (Il quadro ematico e midollano nella malattia di Nicolas e Favre). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, fasc. II, août 1944, pp. 255 à 265. Bibliographie.

Les A. passent en revue la littérature concernant les variations hématiques périphériques et médullaires dans la maladie de Nicolas-Favre. Ils ont entrepris sur ce sujet des recherches de contrôle sur six sujets qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

Dans le sang périphérique, ils ont constaté une leucocytose légère mais inconstante avec une mononucléose tantôt relative, tantôt absolue. Cette monocytose était constituée par des éléments volumineux à protoplasma faiblement basophile avec un gros noyau de forme bizarre tantôt allongé, plus souvent lobé en trèfle dont l'aspect rappelait celui des cellules de Rieder.

Dans la moelle sternale dont le fonctionnement était généralement normal, ils ont constaté un léger état d'irritation du système réticulo-endothélial avec augmentation des petits histiocytes et des cellules plasmatiques. Belcodère.

18c. — *Lymphogranulomatose vénérienne* (Complications).

L. Paggi et E. Hull. — **Métastases de granulome vénérien** (Metastatic granuloma venereum). *Ann. int. Medicin.*, t. **20**, avril 1944, pp. 686-695.

Négresse de 21 ans. Début par des masses molles sur l'extrémité interne des deux clavicules ; puis atteinte de l'omoplate droite, de la 6e côte droite, de la 10e côte gauche. Abcès sous-cutanés dont deux suivis d'ulcérations profondes. Les lésions initiales siégeaient sur le col utérin et se sont étendues à la vulve. Nombreux corps de Donovan dans les ulcérations. Les biopsies de côtes, de tissu sous-cutané avaient la structure du granulome inguinal. Amélioration rapide et guérison par un produit renfermant 8 mgr. 5 d'antimoine par centimètre cube (doses progressives de 1 à 5 centimètres cubes). A. Touraine.

S. Polayes et H. Wikle. — **Granulome vénérien de l'utérus** (Granuloma inguinale (venereum) of Uterus). *American Journal of Surgery*, t **71**, mars 1946, p. 406.

4 cas déjà publiés par Pund et un cinquième par les A.

♀ de 50 ans ; hystérectomie. Outre un fibrome avec kystes de l'ovaire on constate un lymphogranulome vénérien de l'utérus. Corps de Donovan dans l'endomètre de l'ulcération cervicale, inclus en abondance dans les cellules caractéristiques de Pund (coloration à l'hématoxyline de Delafield et à l'éosine). A. Touraine.

R. Tauber. — **Rétrécissement de l'urètre féminin avec lymphangite vénérienne** (Stricture of the female urethra with lymphopathia venerea). *Ann. of Surgery*, t. **122**, 1945, p. 111.

A propos d'un cas personnel, l'A. discute la différence de la pathogénie du rétrécissement du rectum avec celle du rétrécissement de l'urètre. Pour le rectum l'inflammation s'étend à la paroi du conduit par les ganglions lymphatiques qui siègent contre le rectum. Pour l'urètre l'atteinte de la muqueuse est primitive et l'infection gagne les ganglions lymphatiques de la muqueuse; ceux-ci forment cicatrice, d'où le rétrécissement. Chez la femme, ces lymphatiques sont tributaires des ganglions hypogastriques; il n'y a donc d'adénopathie inguinale que s'il existe un second foyer au clitoris ou à la vulve. Traitement par dilatations.

A. Touraine.

A. Weiner, I. Caynon et M. Osherwitz — **Granulome inguinal de la paupière. Une observation** (Granuloma inguinale of the eyelid. Report of a case). *American Journal of Ophtalmology*, t. **26**, janvier 1943, pp. 13-18.

Chez un nègre de 32 ans, atteint 3 ans auparavant d'une lésion mutilante du gland (avec Kahn positif), apparition sur la paupière supérieure d'une lésion rappelant un orgelet aigu ; incision mais suppuration et extension d'une ulcération sur la moitié de la paupière. Échec du nitrate d'argent, du traitement spécifique. Frei négatif, mais constatation de corps de Donovan dans les grands monocytes du pus de la paupière. Guérison par le tartrate d'émétique. A. Touraine.

A. Vazquez-Barriere (Montevideo). — **L'œil dans la maladie de Nicolas-Favre** (El ojo en la enfermedad de Nicolas-Favre). *Conférence à l'hôpital Rawson* de Buenos-Aires, le 15 octobre 1941, Frascoli édit, Buenos-Aires, 15 pages, 4 figures dont 1 planche en couleurs. Bibliographie.

Cornée. — La biomicroscopie par faisceau lumineux focalisé au centre de la cornée ne permet pas, normalement, d'observer de filets nerveux dans la cornée. Dans 28 o/o des cas de maladie de Nicolas-Favre on constate une abondance anormale de filets nerveux profonds, de calibre et de trajet anormaux (2 observations rapportées).

Dans 12 cas de kératocone présentant les mêmes lésions, 12 réactions de Frei positives.

Un cas de glaucome chronique familial, même résultat de la réaction.

Tonométrie. — Sur 341 cas de maladie de Nicolas-Favre, la pression artérielle rétinienne a été inférieure à 15 dans 271 (79,5 o/o), à 10 dans 76 (22,3 o/o).

Fond d'œil. — Sur 366 cas de maladie de Nicolas-Favre, 104 (28 o/o) présentent une hyperémie vasculaire ou papillaire, parfois un œdème papillaire (2 cas).

Dans 1 cas de syndrome de Groenblad-Strandberg, la réaction de Frei a été positive.

Tonoscopie. — Sur 100 cas, 81 ont eu une tension intra-oculaire inférieure à 15.

Rappel des différents syndromes oculo-ganglionnaires qui ont été rapportés à la maladie de Nicolas-Favre (voir Bollack, Bach et Desvignes, *Bull. de la Soc. opht. de Paris*, 1936) : conjonctivite de Parinaud, uvéite avec kérato-conjonctivite.

A. Touraine.

C. Espildora et W. Coutts. — **Les lésions oculaires du lymphogranulome vénérien** (Lymprogranuloma venereum lesions of the eyes). *American Journal of Ophtalmology*, t. **25**, août 1942, pp. 916-925.

Paupières. — Documents très rares. Un cas des auteurs où un chalazion a montré de nombreux microcorpuscules extra-cellulaires, identiques aux « corpuscules élémentaires » du lymphogranuloma inguinal.

Conjonctive. — Revue de quelques cas de conjonctivite puisés dans la littérature et d'origine indirecte (inoculation par les doigts). Le tableau est habituellement celui

de la conjonctivite de Parinaud : en général, guérison rapide mais passage possible à la chronicité (épaississement de la paupière, extension à l'orifice du canal lacrymal, dacryoadénite, ptérygion).

Cornée. — Vasquez-Barrière et May ont signalé qu'un kératocone avec visibilité anormale et sinuosités des filets nerveux du centre de la cornée s'observait 12 fois sur 20 chez des sujets antérieurement atteints de lymphogranulome vénérien ; on y trouve d'ailleurs des granulocorpuscules.

Fond d'œil. — Funakawa, en 1934, a signalé dans cette granulomatose de l'épaississement et de la sinuosité des vaisseaux près de la papille, l'existence de petits vaisseaux terminés en forme de comma pénétrant dans la rétine, et une striation radiaire des fibres nerveuses autour de la papille. Un tel état s'est retrouvé 44 fois nettement et 17 fois avec réserves chez 92 malades atteints de granulomatose inguinale, 5 fois nettement et 2 fois avec réserves dans 8 cas d'esthiomène.

Sclérotiques. — Quelques cas connus d'épisclérite dans les formes graves, généralisées de lymphogranulomatose.

Iris. — Dans 4 cas d'aphtose généralisée, avec réaction de Frei positive, les A. ont constaté une iritis. A. TOURAINE.

J. MACNIE. — **La lymphogranulomatose vénérienne de l'œil** (Ocular lymphogranuloma venereum). *Archives of Ophthalmology*, t. **25**, février 1941, pp. 255-279.

Revue de la littérature médicale sur le sujet. Quelques observations personnelles de conjonctivite, d'hémorragies rétiniennes, d'épisclérites, d'œdème péri-papillaire, de dilatations, de sinuosités et de coloration foncée des vaisseaux de la rétine. 9 observations de syndrome de Parinaud ; chez 4 d'entre elles on a pensé trouver le virus dans la sécrétion conjonctivale ou dans les tissus.

Sur 40 malades atteints de kératocone et d'irido-choroïdite 4 ont eu un Frei positif et des troubles rectaux.

Quelques succès dans les inoculations de produits granulomateux vénériens à l'œil de l'animal avec passages en série.

Une culture en humeur aqueuse a donné une méningo-encéphalite à la souris blanche. Des granulo-corpuscules ont été retrouvés dans les produits de grattage de la face postérieure de la cornée d'animaux inoculés. On a reproduit aussi 13 kératites et irido-choroïdites chez 19 cobayes inoculés avec l'antigène de cerveau de souris. Une humeur aqueuse inoculée a pu servir d'antigène dans la réaction de Frei.

En ce qui concerne le traitement de ces manifestations oculaires, la préférence semble devoir être accordée aux sulfamides. A. TOURAINE.

A. VAZQUEZ-BARRIERE (Montevideo). — **Note préliminaire sur une nouvelle orientation dans l'étiologie et la pathogénie du kératocone** (Nota preliminar sobre una nueva orientacion en la etiologia y patogenia del queratocone). *Sociedad Argentina de Oftalmologia*, 15 octobre 1941, Frascoli édit., Buenos-Aires, 13 pages. Bibliographie.

Le kératocone, surtout dans les formes frustes ou larvées décrites par Amsler (*Ophtalmologica*, **96**, 1938, p. 77) peut être produit par diverses affections (herpès avec les variétés ponctuée superficielle de Fuchs, linéaire superficielle de Holmes et de Haab, nummulaire de Dimmer, métaherpétique de Vogt, etc. ; zona ophtalmique, etc.). La maladie de Nicolas-Favre doit être rangée parmi ses causes possibles.

Dans 14 observations de kératocone bilatéral ou unilatéral, confirmé ou au début (dont 10 rapportées) la réaction de Frei a été 9 fois fortement, 4 fois moyennement et 1 fois légèrement positive. A. TOURAINE.

D. Scott. — **Méningo-encéphalite récidivante due au virus du lymphogranulome vénérien** (Recurrent meningoencephalitis due to the virus of lymphogranuloma venereum). *Arch. Int. Medicin* (Chicago), t. **76**, septembre 1945, pp. 174-177.

♂, 21 ans, hospitalisé pour méningite méningococcique récidivante et traité par les sulfamides. Ganglions inguinaux bilatéraux. Réactions sanguines de Wassermann et de Kahn négatives. Deux ponctions lombaires : Pandy + + + +, fixation du complément pour la lymphogranulomatose vénérienne. Échec de l'isolement du virus dans un ganglion de l'aine. Guérison rapide et définitive par la sulfadiazine.

Rappel et critique des diverses méthodes de diagnostic de laboratoire de la lymphogranulomatose. Nécessité de continuer les sulfamides jusqu'à guérison complète. A. Touraine.

J. Lyford, R. Scott et R. Johnson. — **Arthrite polyarticulaire et ostéomyélite dans le lymphogranulome inguinal** (Polyarticular arthritis and osteomyelitis due to granu loma inguinale). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **28**, septembre 1944, pp. 588-610.

1er cas : polyarthrite massive, généralisée, processus ulcératif dans plusieurs articulation, destruction étendue du tissu osseux.

2e cas : atteinte de deux vertèbres et propagation des lésions inguinales à l'articulation de la hanche.

3e cas : lésions des os de la main et de l'avant-bras, mais intégrité des articulations.

Les arthrites ont un début insidieux par douleurs migratrices dans plusieurs articulations, puis gonflement douloureux de quelques jointures mais avec peu de liquide. Après plusieurs mois, des ulcérations peuvent se produire. L'exploration d'un coude, en période de calme, a montré une synoviale épaissie et friable, mais des cartilages normaux. L'incision a donné la guérison.

Radiologiquement, peu ou pas de séquestres, mais réaction de type « lyse ». A l'intervention, pas de pus, mais tissu friable de granulation. On a trouvé des corps de Donovan dans l'os et les lésions articulaires de deux cas, dans le tissu interposé entre l'adénite et l'articulation de la hanche dans le troisième. L'un de ces cas a donné une culture positive des corps de Donovan.

Ces lésions sont une preuve de plus que la maladie de Nicolas et Favre est une affection générale autant que locale (inversion de la formule sérine/globuline, anémie, amaigrissement, fièvre, etc.). A. Touraine.

José May. — **Une orientation sur l'étiologie de la rétraction permanente des doigts ou maladie de Dupuytren** (Una orientacion en la etiologia de la retraccion permanente de les dedos o enfermedad de Dupuytren). *Libro de Oro, Prof. A. Lamas*, pp. 113-128, Rosgal édit., Montevideo, 1943.

26 observations de rétraction (20 ♂, 6 ♀) sont brièvement rappelées (dont 3 avec, en plus, induration des corps caverneux, c'est-à-dire 15 o/o; alors que sur 107 indurations il y en avait 3 avec, en plus, rétraction). La réaction de Frei a été recherchée dans 24 cas; elle a été alors toujours positive (parfois avec 0 cm^3 3 d'antigène).

Sur 24 de ces cas l'examen de l'œil a donné : 3 fois un œil normal. 10 altérations de la cornée, 3 dilatations veineuses du fond de l'œil, 2 associations des lésions précédentes, 8 troubles de la tension oculaire; donc altérations oculaires dans 87,5 o/o.

Amélioration par les sulfamides dans quelques cas.

A. Touraine.

José May (Montevideo). — **La réaction de Frei dans les artériopathies des membres inférieurs** (La reaccion de Frei en las arteriopatias de los mumbros inferiores). *Revista argentina de Cardiologia*, t. **10**, n° 5, novembre-décembre 1943, pp. 257-265, 2 tableaux. Bibliographie.

Dans 11 cas de maladie de Buerger, 7 réactions positives (dont un avec lésions oculaires de lymphogranulomatose).

Dans 9 cas d'artériosclérose oblitérante, 6 réactions positives (dont 4 avec lésions oculaires).

Dans 4 cas de maladie de Raynaud, 3 réactions positives.

Ces réactions doivent être faites avec 1,2 et 3 dixièmes de centimètre cube d'un bon antigène pour éviter les cas où l'allergie serait trop faible.

A. Touraine.

W. Coutts et M. Davila. — **Le lymphogranulome vénérien comme cause possible d'artériosclérose et d'autres états artériels** (Lymphogranuloma venereum as a possible cause of arterio-sclerosis and other arterial conditions). *Journal of Tropical Medicine*, t. **48**, 1945, p. 46.

La maladie de Nicolas-Favre est une affection de système dont les formes frustes peuvent exister sans adénopathie. La réaction de Frei montre que cette maladie est baucoup plus répandue qu'on ne l'admet communément.

De l'étude de malades avec troubles circulatoires (artériosclérose, thrombo-angéite, artérite temporale, artérite à cellules géantes, périartérite noueuse) ou avec lymphogranulomatose, les A. concluent que la maladie de Nicolas-Favre joue certainement un rôle étiologique dans de nombreuses affections vasculaires, surtout lorsque celles-ci surviennent chez des sujets jeunes.

Des formes d'inclusion du virus ont été trouvées dans des scléroses périvasculaires ou dans des végétations polypoïdes fibroplastiques saillant dans la lumière des vaisseaux.

A. Touraine.

E. Pund et G. McInnes. — **Le granulome vénérien comme cause de mort. Compte rendu de 6 cas mortels** (Granuloma venereum : a cause of death. Report of six fatal cases). *Clinics* (Philadelphie), t. **3**, juin 1944, pp. 221-234

Le col, le corps de l'utérus et les trompes peuvent être, exceptionnellement, envahis, par auto-inoculation. C'est ce qui a entraîné la mort chez 4 femmes en état de grossesse, âgées de 21 à 28 ans et chez lesquelles les symptômes remontaient, comme temps, à la délivrance ou à l'avortement. Un lymphogranulome inguinal qui présente des lésions du col est donc particulièrement dangereux.

Chez deux hommes, la mort a été due : dans un cas, à l'énorme extension des lésions dans les aines et sur les cuisses (avec fuso-spirillose surajoutée), dans l'autre, à l'atteinte de toute la verge, des deux lèvres, de la muqueuse buccale, du pharynx (mort par inanition et insuffisance cardiaque).

Dans tous ces cas, la preuve bactériologique a été fournie par la présence de nombreux corps de Donovan dans les lésions.

A. Touraine.

18d. — *Lymphogranulomatose vénérienne* (Traitement).

B. Schaffer. — **L'anthiomaline. Nouvelle estimation de ses résultats dans le lymphogranulome vénérien** (Anthiomaline. A further evaluation of its effect in lymphogranuloma venereum). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, juillet 1942, pp. 489-493.

33 malades ont été traités par ce sel d'antimoine, en injections intramusculaires de 0 gr. 12 à 0 gr. 3 en solution aqueuse, 2 ou 3 fois par semaine, par séries de 12

à 20 injections. Ses seuls accidents ont été le « rhumatisme stibié » (arthralgies et myalgies quelques heures après l'injection et durant 1 ou plusieurs jours).

11 cas d'adénite inguinale ainsi traités : 7 guérisons, 2 améliorations (2 insuccès par doses insuffisantes).

6 cas de lésions anorectales, tous améliorés;

1 cas d'adénite avec esthiomène, guéri.

13 cas de rétrécissement rectal : 10 améliorations, 3 échecs dont 2 par doses insuffisantes.

L'action de l'anthiomaline est aussi satisfaisante que celle des sulfamides; elle semble cependant un peu moins rapide; par contre, elle n'expose à aucun accident. Les deux médicaments peuvent d'ailleurs être alternés ou combinés.

A. Touraine.

A. Heyman, M. Wall et P. Beeson (Atlanta, U. S. A.). — **Effets de la sulfamidothérapie sur la persistance du virus du lymphogranulome vénérien dans les bubons** (The effect of sulfonamide therapy on the persistence of the virus of lymphogranuloma venereum in buboes). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 81-86. Bibliographie.

Dans les cas de lymphogranulome vénérien non traité le virus peut être trouvé dans le bubon pendant plus de 3 mois. Après traitement par le sulfathiazol, on ne le trouve plus 2 à 3 semaines après la chimiothérapie. Chez un malade (obs. rapportée) la maladie était cependant restée latente et, 6 mois plus tard, il y a eu rechute avec présence du virus (traitement du début : 120 grammes de sulfathiazol).

La recherche du virus a été faite par inoculation à la souris ou à l'embryon de poulet.

A. Touraine.

H. Tucker (Baltimore). — **Traitement chirurgical du lymphogranulome vénérien inguinal. Analyse de 613 cas consécutifs chez l'homme** (Surgical treatment of inguinal lymphogranuloma venereum. An analysis of 613 consecutive cases in the male). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 495-503, 3 tableaux, 2 diagrammes. Bibliographie.

Sur 750 cas de lymphogranulome inguinal, 613 ont subi une ablation partielle des ganglions de l'aine (dont 387 avec sulfamidothérapie associée).

Les temps moyens nécessaires pour la guérison ont été :

pour 12 traitements purement symptomatiques : 15,6 jours,

pour 125 traitements uniquement sulfamidés : 15,9 jours,

pour 226 traitements uniquement chirurgicaux : 22,3 jours,

pour 387 traitements à la fois chirurgicaux et sulfamidés : 19,5 jours.

Des complications diverses sont survenues chez 6,2 o/o des malades opérés; mais aucune n'a été grave.

A. Touraine.

19. — *Affections vénériennes diverses.*

J. Rudloff. — **Contribution à l'étude étiologique des végétations vénériennes.** *Thèse*, Paris, 1946, Clerc édit., 88 pages. Longue bibliographie.

Bonne thèse qui, après un rappel clinique, s'attache surtout à l'étude des conditions étiologiques. Les végétations ne se voient presque exclusivement que pendant la période d'activité sexuelle : la grossesse, une hygiène défectueuse, des infections surajoutées, la blennorragie, paraissent favoriser leur développement. Elles sont auto- et hétéro-inoculables (rappel d'observations démontrant leur contagiosité).

Les essais de reproduction expérimentale ont eu des résultats variables selon les auteurs; ceux de Rudloff sur la souris ont été négatifs. L'identité des végétations, des verrues vulgaires, des papillomes du larynx ne paraît plus faire de doute.

On sait que beaucoup d'auteurs (Dreyer, 1907; Hecht, 1910; Favre et Civatte, 1919; Lombardo, 1923; Guérin, 1926, etc...) ont signalé la fréquence et l'abondance des spirochètes dans les végétations récentes, humides, non flétries. Les recherches de Rudloff, dans 11 cas, pratiquées selon la méthode de Fontana lui ont montré la présence quasi constante du bacille fusiforme de Vincent et celle de *Treponema calligyrum* (avec ou sans ses granules spirochétogènes). Il s'agit probablement là de microbes d'infection secondaire, l'agent direct restant à découvrir mais paraissant être un ultra-virus. A. TOURAINE.

Georges GARNIER. — **Le traitement des végétations vénériennes par les topiques.** *Paris Médical*, année **37**, n° 5, 1er février 1947, pp. 50-51.

De nombreux caustiques ont été utilisés contre les végétations vénériennes; les plus classiques sont l'acide azotique, l'acide phénique, l'acide arsénieux, etc.

Leistikow a vanté les badigeonnages à l'acide chromique à 1/10, suivis d'une cautérisation au crayon de nitrate d'argent.

Unna a prescrit la résorcine en pommade à 50 ou 80 o/o.

Bœck a préféré la résorcine en poudre, additionnée de sucre (à 1 p. 8).

Ces différents produits sont parfois mal tolérés et l'on ne saurait trop mettre en garde contre les réactions locales qu'ils déterminent sur des lésions de siège muqueux, particulièrement vulnérables aux irritations externes.

L'auteur préconise l'emploi de la *poudre de sabine salicylée* qui lui a donné dans plusieurs cas d'excellents résultats. Cette poudre (poudre de sabine 50 grammes, acide salicylique 1 gramme) est appliquée matin et soir sur les végétations, en surveillant de près les réactions; en cas d'irritation on interrompt le traitement et on saupoudre de talc. Sous l'influence de ce traitement, les végétations de petite taille se flétrissent, se dessèchent et tombent en quelques jours. Sur les lésions volumineuses les résultats sont par contre moins favorables.

Gémy avait proposé l'adjonction de poudre d'alun à la poudre de sabine (poudre de sabine et poudre d'alun ââ P. E.), mais la préparation semble ainsi plus irritante.

Un nouveau topique, préconisé par Culp, Magid et Kaplin, Mac Gregor à l'étranger, Touraine en France, est la *podophylline*, ou résine de podophyllin, utilisée sous forme d'émulsion dans une huile minérale (résine de podophyllin 10 grammes, huile de vaseline ou de paraffine 30 grammes) ou sous forme aqueuse (résine de podophyllin et eau distillée ââ P. E.), cette dernière préparation paraissant moins active. On déterge les lésions, s'il y a lieu, du pus ou des sécrétions qui les recouvrent, puis après avoir agité le flacon contenant l'émulsion, on imbibe un tampon monté avec lequel on badigeonne soigneusement l'ensemble des parties malades. Ne pas déborder sur la muqueuse environnante. Savonner au bout de 6 heures. En cas d'irritation saupoudrer de talc ou d'ektogan.

Dans les cas favorables, les végétations disparaissent en 5 à 6 jours sans laisser de traces. Si l'on a affaire à des végétations très développées en surface et en hauteur, on peut être appelé à faire une deuxième, voire une troisième application, chacune de ces applications étant pratiquée à 8 jours d'intervalle.

Il est rare que le traitement détermine une irritation intense de la muqueuse, avec rougeur, suintement, prurit, etc. Ces faits ne se produisent que chez les sujets particulièrement sensibles au médicament ou lorsque, par erreur, le topique a été laissé en place trop longtemps. Des échecs peuvent se produire si les végéta-

tions sont très volumineuses ou très anciennes; on complètera alors le traitement par les moyens habituels de petite chirurgie dermatologique : curetage, destruction au galvanocautère ou à l'électro-coagulation, etc.

Lucien Périn.

P. J. Michel. — **Le traitement des papillomes vénériens par la résine de podophyllin** *Le Journal de Médecine de Lyon*, année **27**, n° 638, 5 août 1946, pp. 567-570.

L'auteur, à l'instar de Touraine, a traité 12 malades, par la méthode de Culp, Magid et Kaplin : émulsion, au quart, de résine de podophyllin dans une huile minérale (de paraffine ou de vaseline). Après détersion des végétations, application avec un écouvillon d'un peu de l'émulsion. Au bout de six heures on procède à un savonnage à l'eau tiède des surfaces traitées puis poudrage au talc. Résultats excellents.

Michel mettant à profit les propriétés rubéfiantes de la podophylline a utilisé une pommade à la résine de podophyllin au 10ᵉ dans un cas de psoriasis : blanchiment rapide. Selon l'auteur, d'autres perspectives thérapeutiques peuvent être envisagées.

Jean Lacassagne.

Marie-Louise Chatain. — **Un nouveau traitement des végétations vénériennes : Le Podophyllin**. *Thèse*, Lyon, 1946, Annequin édit., 40 pages. Bibliographie.

Après un rappel étiologique et clinique et un résumé des principales méthodes antérieures de traitement; l'A. étudie la pharmacologie du *Podophyllum peltatum*, herbe vivace de l'Amérique, du rhizome de laquelle on extrait une matière résineuse, le podophyllin, lui-même formé de plusieurs substances dont la moins mal connue est la podophyllotoxine. Chatain décrit ensuite la méthode usuelle d'applications et signale les bons résultats qu'elle a elle-même obtenus (7 de ses observations personnelles sont rapportées).

A. Touraine.

C. R. Russel. — **Traitement des condylomes acuminés par la résine de podophyllin** (Treatment of condyloma acuminatum with resin of podophyllum). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 1, juillet 1946, p. 66.

Rappel de la méthode de Culp et Kaplan pour le traitement des végétations vénériennes.

L'A. a modifié un peu la formule en employant, au lieu de la suspension à 25 o/o de la résine, une teinture à 10 o/o de résine de podophyllin. Une seule application suffit souvent dans les formes légères. Il y a lieu de protéger la peau avoisinante avec une pâte de Lassar par exemple.

L. Golé.

Pierrard et Legros. — **Le traitement des végétations vénériennes par la podophyllin.** *Soc. belge de Derm. Syph.*, séance du 10 février 1946, in *Le Scalpel*, n° 9, 30 mars 1945, p. 156.

Les auteurs ont traité par cette méthode 24 malades (2 échecs, 2 récidives, 11 succès). Badigeonnage des lésions avec un mélange de 25 o/o de podophylline et 75 o/o d'huile de paraffine, au contact des lésions pendant 6 à 8 heures en moyenne. Décapage des lésions en quelques jours.

Résultats comparables à ceux obtenus par les auteurs américains et français.

L. Golé.

E. Lipman Cohen (Londres). — **Le traitement des végétations vénériennes ou condylomes acuminés par la podophylline** (The treatment of penile warts (condylomata acuminata) with podophyllin). *The Practitioner*, t. **156**, février 1946, pp. 133-134.

L'A. a légèrement modifié la formule de Kaplan (résine de podophyllin 25, paraffine liquide 25, paraffine molle 50) et sa technique. 30 malades ont été

traités. L'enduit est conservé trois jours avant d'être lavé et savonné. Le second ou le troisième jour, légère réaction œdémateuse et douloureuse. Quelquefois 2 et même 3 applications ont été nécessaires. 29 guérisons en 2 à 9 jours (en moyenne 4). Plus récemment, l'A. s'est contenté d'une application pendant 8 heures.

Par la même méthode, échec complet avec érosions dans le traitement de verrues planes de la face, chez deux hommes. A. TOURAINE.

R. BOUR et P. DUSTIN jun. — **Le traitement des papillomes vulvaires par l'application locale de colchicine.** *La Presse médicale*, année **53**, n° 43, 27 octobre 1945, p. 578, 3 fig.

On sait les effets caryoclasiques de la colchicine et A. P. Dustin souligne l'intérêt de la colchicine pour la chimiothérapie des tumeurs (1934). Peyron et ses collaborateurs ont obtenu un haut pourcentage de guérisons par l'application *locale* de colchicine sur le papillome de Shope du lapin. Brodusea (1943) a attiré l'attention sur les effets remarquables de l'application de pommade colchicinée sur les papillomes végétants de la vulve. Les auteurs donnent une observation démonstrative avec biopsies nombreuses montrant que l'action (pommade de colchicine à 1/2 o/oo dans la lanoline) est liée au pouvoir énergique de bloquer les mitoses à la métaphase et d'entraîner la dégénérescence d'un grand nombre d'entre elles par caryorhexis et pycnose. Ils suggèrent une large expérimentation dans le traitement d'épithéliomas cutanés. H. RABEAU.

G. ALLISON. — **La trichomoniase chez l'homme. Une septième maladie vénérienne ?** (Trichomoniasis in the male. A seventh venereal disease). *South. Med. Journal*, t. **36**, décembre 1943, pp. 821-823.

L'usage de la coloration de Negri (technique rapportée en détail) permet d'affirmer aujourd'hui que la trichomoniase est loin d'être rare chez l'homme atteint de brûlures urétrales et d'une sécrétion laiteuse ou aqueuse. On la trouve chez 15 o/o des hommes, indépendamment du gonocoque; on peut la constater dans le liquide prostatique ou séminal.

Sur 2.980 examens pour recherche du gonocoque, Sellers et Reynolds ont trouvé des *Trichomonas vaginalis* chez 528 femmes et 17 hommes.

La constatation de *Trichomonas vaginalis* peut être négative, à moins qu'il n'y ait rétrécissement ou mauvais drainage de l'urètre.

Les instillations de nitrate d'argent sur le *veru montanum*, les lavages au permanganate, les instillations d'acriflavine, l'acidification de l'urine sont généralement efficaces. A. TOURAINE.

20a. — Syphilis (Histoire).

LAIGNEL-LAVASTINE. — **Conférences sur l'histoire de la syphilis.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **18**, n° 10, octobre 1946, pp. 640-652.

Intéressant travail, nourri de faits, dans lequel l'auteur montre qu'aucun des nombreux textes invoqués en faveur de l'existence de la syphilis en Europe avant Colomb n'entraîne la conviction. Il semble bien probable que cette infection n'a vraiment fait son apparition en Europe qu'en 1493. Les conclusions de l'auteur sont donc conformes à celles de Jeanselme. A. TOURAINE.

LAIGNEL-LAVASTINE. — **Histoire de la syphilis. Découverte de l'Amérique et syphilis.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 11, novembre 1946, pp. 727-741.

Après un rappel des détails chronologiques des expéditions de Colomb, l'auteur rapporte les principaux textes que l'on possède sur l'état sanitaire des membres

de ces expéditions, sur les premiers développements de la syphilis en Europe et sur les mesures prophylactiques que l'on prit alors. Article intéressant, de lecture attrayante, appuyé sur de nombreuses citations.

L'auteur se rallie à la théorie colombienne de la syphilis, déjà admise par Jeanselme. A. TOURAINE.

LAIGNEL-LAVASTINE. — **Histoire de la syphilis. Syphilis et Renaissance.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 12, décembre 1946, pp. 768-782.

Après avoir brossé un tableau d'ensemble de la Renaissance, dans ses divers domaines et notamment en Médecine, l'auteur rappelle les travaux des premiers syphiligraphes : Cumanus (1495), Torella (1497), Pinctor (1500), Almenar, Grünpeck (1508), Cataneus, Maynardus, Benivenius, Benedictus (1508), Jean de Vigo (1514), Ulrich de Hutten, Erasme, Fracastor, Jacques de Béthencourt, Fernel (1579), Dorchisino (1539), Massa (1558), etc. Abondantes citations de ces auteurs qui, tous, s'accordent à reconnaître « l'évolution extraordinairement rapide de la syphilis », la précocité des syphilides ulcéro-croûteuses de la peau, des gommes, l'absence de manifestations nerveuses ou endocriniennes. A. TOURAINE.

D. REDDY. — **Description ancienne de la syphilis ou « Phirangi-Roga » dans les textes sanscrits** (Early description of syphilis (*Phirangi Roga*) in Sanskrit texts). *Indian Journ. of Venereal Diseases*, t. **6**, juillet-septembre 1940, pp. 107-114.

Certains auteurs admettent que la syphilis a été introduite aux Indes par les portugais au milieu du XVIe siècle. Cependant Chakravarty pense qu'elle y existait avant le voyage de Colomb.

Bhava Misra, distingué auteur sanscrit et professeur de médecine dans le bassin supérieur du Gange au XVIe siècle, écrivait la plus ancienne et indiscutable description de la syphilis dans son grand traité classique, le Bhava-Prakasa.

Chez les Asiatiques, la maladie était connue sous le nom de « mal des Francs », dont la traduction est *Phirangi Roga*; le mot Franc s'appliquant à tous les Européens. On trouve dans cet ouvrage une description des symptômes, des complications, du pronostic et du traitement de la maladie.

Phirangi Roga est aussi mentionné dans plusieurs ouvrages médicaux sanscrits datant de plus de 300 ans. L'un d'eux, « Rasapadhati », de Bindu, paraît avoir été écrit entre 1375 et 1650; il renferme une étude du traitement par le mercure et le soufre.

Rasapadhati est cité par un autre ouvrage, « Aurveyada Prakasa » de Madhava Upadhyaya, que Gode situe au milieu du XVIIe siècle et qui vante les souverains mérites d'un mélange de chlorures mercureux et mercurique.

A. TOURAINE.

J. MOTTRON (Bléré). — **Rabelais et la vérole.** *Thèse Paris*, 1944, Arrault et Cie, Tours, 1947, 123 p., **bibliogr.**

Très intéressant travail, écrit dans une langue élégante, qui, à l'occasion de la biographie médicale de Rabelais (de 1530 à sa mort en 1553), et des fréquentes allusions à la vérole que celui-ci fait tout au long des cinq livres du « Pantagruel » (textes rapportés *in extenso*), donne matière à Mottron d'une étude d'ensemble de la syphilis telle qu'elle se comportait et telle qu'on la considérait et la soignait dans la première moitié du XVIe siècle. A la faveur de nombreuses citations, on y trouve la différenciation, déjà établie, entre le chancre et les accidents secondaires des « croustelevés », l'exposé des traitements usités (mercure, gaïac, squine), les discussions sur l'origine américaine de la syphilis, sur les modes admis de contaminations, sur l'entité de la maladie, et sur la popularité dont elle jouissait dans le grand public. A. TOURAINE.

J. Serres. — **Le mal napolitain au XVIe siècle en France. Ses aspects cliniques et son traitement d'après les écrits de Fracastor, Fernel, Ambroise Paré, Liébault, Rabelais.** *Thèse Paris.* 1944, Foulon édit., 69 p., bibliogr.

Travail intéressant, fortement documenté, écrit d'une plume alerte, de lecture agréable. Dans un exposé historique, l'auteur se rallie à l'origine colombienne de la vérole et résume les débuts de l'épidémie de 1495 en Italie et de 1496 à Paris. S'appuyant sur les nombreuses descriptions de la syphilis par les auteurs du XVIe siècle, il étudie ensuite les divers modes de contamination admis alors, les signes de la maladie tels qu'ils s'observaient (cutanés, osseux, mais non nerveux). Un chapitre important est réservé à la thérapeutique, à la querelle du mercure et du gaïac et à la pratique du traitement par ces deux remèdes.

A. Touraine.

Laignel-Lavastine. — **La syphilis au point de vue médical du XVIe au XVIIIe siècle.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **19**, n° 2, février 1947, pp. 88-101.

Résumé de la littérature syphilologique pendant cette période :

1° Sur les *origines de la syphilis*, d'après les ouvrages d'Astruc (1740), Linguet (1766) (tous deux en faveur de l'origine colombienne) de Ribeiro Sanchez (1752) (contre la théorie américaine) ;

2° Sur l'*évolution de la syphilis*, d'après Fracastor (grande poussée de 1494 à 1516, apparition des lésions osseuses de 1516 à 1526, des bubons et de l'alopécie avec adoucissement de la maladie de 1526 à 1540, de la « gonorrhée virulente » de 1540 à 1550, etc., confusion avec la blennorragie), Astruc (éléments de diagnostic de la syphilis), Varandal (1620) (les 3 périodes cliniques de la syphilis), Bœrhaave (1728) (bonne description) ;

3° Sur l'*anatomie pathologique* d'après Morgagni (1761) (description de l'anévrysme de l'aorte, de la gomme cérébrale), Brambilla (syphilis pulmonaire) ;

4° Sur l'*étiologie*, d'après Deidier (1723) (vers parasitaires), Restif de la Bretonne (miasmes ou animalcules) ;

5° Sur le *traitement*, d'après Bœrhaave, Astruc (frictions et fumigations mercurielles), van Swieten (sublimé), Dibon, Lefébure, de Préval, Delorme (remèdes secrets).

A. Touraine.

20b. — Syphilis (Statistiques).

X.... — **Rapide augmentation de la syphilis en Europe** (Rapid increase of syphilis in Europe). *Epidemiology Information Bulletin U. N. R. R. A.*, t. **1**, 30 juin 1945, pp. 403-405.

Seuls les pays scandinaves ont une organisation efficace de déclarations des cas. La syphilis y est en rapide progression ; les chiffres officiels annuels sont, de 1940 à 1943, au *Danemark* : 498, 565, 859, 2392 ; en *Norvège* : 326, 529, 1156, 2037 ; en *Suède* : 311, 287, 441, 953. Pour les 5 à 8 premiers mois de 1944, ils sont plus élevés encore. Danemark 7 mois : 2.225, Norvège 5 mois : 852, Suède 8 mois : 815.

En *Finlande* : 2.056 cas en 1934, 4.111 pour 10 mois en 1944.

Cette progression est plus sensible encore dans les grandes villes : Copenhague : 292 en 1940, puis 247, 346, 1,283 (et 1.057 pour 8 mois de 1944), Oslo : 96, 243, 427, 629 (296 pour 8 mois de 1944), Stockholm : 103, 113, 158, 402 (309 pour 7 mois de 1944), Helsingfors : 442 en 1940, 783 en 1941, 583 en 7 mois de 1942.

En *Allemagne*, les cas de syphilis récente dans la population civile sont passés de 23 pour 100.000 en 1938 à 43 en 1940.

En *Belgique* : 1.796 nouveaux cas en 1942, 2.538 en 1943, 1.526 pendant le premier semestre 1944.

En *France* : la déclaration obligatoire ne date que de 1943; mais les rapports des dispensaires annoncent une augmentation presque du simple au double de 1941 à 1942 et encore de plus du double de 1942 à 1943.

En *Italie* : des rapports non officiels signalent une augmentation marquée de la syphilis. A. Touraine.

L. Tessler. — **Le dépistage de la syphilis chez les donneurs de sang en temps de guerre**. *Thèse Paris*, juillet 1945.

La proportion des syphilis dépistées par l'examen sérologique chez des sujets ignorant leur infection a été de 0,20 o/o chez les donneurs réguliers, de 0,40 à 0,60 o/o chez le total des sujets examinés, de 0,80 o/o en population rurale (Cher et Loir-et-Cher), de 1 o/o dans les villes, jusqu'à 7 o/o parmi les ouvriers de certaines grandes usines urbaines. Ces examens faits par des méthodes très sensibles doivent être contrôlés par des réactions moins sensibles mais plus sûres. Les malades ainsi dépistés acceptent en général le traitement, mais montrent difficilement une assiduité prolongée. Même si celle-ci est satisfaisante, les réactions oscillantes ou irréductibles restent nombreuses. A. Touraine.

H. Floch et P. de Lajudie. — **Sur la syphilis en Guyane Française.** *Société de Pathologie exotique*, 12 juin 1946.

La syphilis atteint 22 o/o de la population. La syphilis nerveuse est 10 fois moins fréquente parmi les colons libres que parmi les déportés.

A. Touraine.

E. Hesbacher. — **Etude sur la syphilis dans une école supérieure pour nègres à Baltimore en 1939 et en 1943** (A study of syphilis in a negro high school in the city of Baltimore, 1939-1943). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 8, août 1946, pp. 200-204, 3 tableaux, bibliogr.

En 1939, première enquête sérologique. Sur 1.539 étudiants, 1.203 se présentent. Réaction positive chez 31 (2,6 o/o dont 2,4 sur 461 hommes et 2,7 sur 742 femmes).

En 1943, nouvelle enquête. Sur 1.635 étudiants, 797 se présentent. Réaction positive chez 20 (2,5 o/o dont 1,5 sur 277 hommes et 3.1 pour 520 femmes).

A. Touraine.

Mendes de Castro. — **Syphilis à l'âge scolaire** (Syphilis in school children), d'après *Venereal Disease Information*, t. **24**, n° 2, février 1943, p. 68.

Sur 1.000 enfants des écoles, à Sao Paulo, et dans les deux sexes, la réaction de Wassermann a été positive dans 87 cas (8,7 o/o) dont 27 avec les indices + + + + et + + + et 60 avec les indices + + et +.

A. Touraine.

X.... — **La syphilis à l'usine** (Syphilis in industry). *Rode Island Medical Journal*, t. **27**, juin 1944, pp. 289-292.

Sur 1.175 candidats à un travail dans une usine, 35 (3 o/o) ont eu une réaction sérologique positive. Il s'agissait de syphilis non contagieuses, permettant l'embauchage et dont le traitement a été laissé au médecin de famille.

A. Touraine.

20c. — *Syphilis* (Sociologie).

M. Raynaud. — **Quelques réflexions sur la syphilis exotique. La syphilis viscérale tardive.** *L'expansion scientif. française*, éd. 1946, pp. 31-35.

On a voulu, depuis longtemps, attribuer à la syphilis exotique, et en particulier à la syphilis de l'indigène musulman, des caractères cliniques et évolutifs particuliers (gravité des lésions cutanées, rareté des manifestations viscérales et surtout nerveuses).

En réalité l'auteur, s'appuyant sur des travaux plus récents et sur les critiques formulées par Sézary, pense que, ni au point de vue clinique, ni au point de vue biologique, la syphilis de l'indigène musulman, ne diffère de celle de l'européen. C'est ainsi que A. Parot, après avoir admis une immunité relative du système nerveux de l'indigène vis-à-vis de la syphilis avec rareté des processus à localisation parenchymateuse, pense actuellement que la paralysie générale est presque aussi fréquente chez l'indigène que chez les Européens.

A. Golé.

M. Wortman (Saint-Louis). — **Enquête limitée sur l'opinion publique à propos de la syphilis** (A limited survey of public opinion on syphilis). *Venereal Disease Information*, t. **21**, n° 10, octobre 1940, pp. 320-326.

Un questionnaire détaillé a été envoyé à 400 personnes prises au hasard dans la ville de Saint-Louis, 200 réponses utilisables sont revenues, émanant toutes d'hommes sauf une. Voici quelques réponses :

Que sont les maladies vénériennes ? — Tous connaissaient comme telles la syphilis et la blennorragie; la moitié a ajouté la chancrelle.

Différences entre la blennorragie et la syphilis. — Pour 77 o/o ce sont des maladies différentes; pour 11 o/o ce sont des stades de la même maladie; pour 2 o/o c'est la même maladie.

Cause de la syphilis. — Pour 75 o/o c'est une espèce de germe; mais pour 50 o/o la saleté peut en être la cause et pour 23 o/o les excès sexuels.

Sa fréquence. — 1 sur 10 pour 15 o/o, 1 sur 100 pour 24 o/o, 1 sur 5 pour 9 o/o, 10 fois plus chez les nègres pour 21 o/o.

Modes de transmission. — Les rapports sexuels pous tous, le baiser pour 80 o/o, le savon et les serviettes pour 75 o/o, les ustensiles, les vêtements, les produits de beauté, la poignée de mains pour 50 o/o, la transmission au fœtus pour 72 o/o.

Infectiosité. — Par le sperme pour 77 o/o, par le malade tant qu'il a des manifestations visibles pour 63 o/o, tant que sa sérologie est positive pour 49 o/o.

Diagnostic. — Le Wassermann est connu de 95 o/o, le Kahn de 30 o/o, l'ultramicroscope de 17 o/o. Les symptômes suffisent pour 39 o/o, les tests urinaires pour 34 o/o, les tests mentaux pour 13 o/o.

Curabilité. — Elle dépend de la durée et de l'intensité de la maladie pour 71 o/o; le traitement doit durer plus de 2 ans pour 56 o/o; la guérison est acquise quand le Wassermann devient négatif pour 28 o/o.

Effets de la syphilis. — Folie et cécité pour 93 o/o, paralysie pour 62 o/o, troubles cardiaques et avortements pour 50 o/o.

Syphilis ignorée. — On peut avoir la syphilis sans le savoir pour 90 o/o.

L'état social des auteurs des réponses a permis les conclusions suivantes. Les blancs ont répondu beaucoup mieux que les noirs, les juifs mieux que les catholiques et ceux-ci mieux que les protestants, les hommes mariés mieux que les

célibataires, les amis de syphilitiques mieux que les autres, les craintifs mieux que les insouciants.

Les gens hésitent à parler de la syphilis avec leur médecin ou les personnes de l'autre sexe. La majorité est décidée à se soigner dès le début si elle se sait atteinte et préfère ne pas avoir de contact avec les syphilitiques; elle demande un renforcement du traitement pour les prostituées; elle pressent qu'il vaut mieux que ses enfants n'épousent pas un syphilitique congénital. La grande majorité admet que l'extension des maladies vénériennes est due en grande partie à l'ignorance du public, au silence conventionnel qui les entoure, aux frais du traitement, à sa longue durée. Le rôle de la prostitution n'est, en général, pas signalé. Plus d'un tiers regrette le rôle alarmant de la publicité; une infime minorité pense cependant que celle-ci doit être refrénée. D'ailleurs, si 12 o/o seulement se déclarent ignorer la propagande antivénérienne récente, la majorité ignore les organisations aussi bien publiques que privées. A. Touraine.

20d. — *Syphilis* (Contaminations).

T. Rosenthal et G. Kerchner. — **Age d'acquisition des maladies vénériennes à New-York City de 1940 à 1943** (Trend in age of acquiring venereal disease in New-York City 1940-1943). *Venereal Disease Information*, t. **25**, n° 12, décembre 1944, pp. 361-965.

Le nombre des maladies vénériennes *signalées* à New-York City a été en 1943 : syphilis au total : 25.878, dont : syphilis primaire et secondaire 2.757 ♂, 1.495 ♀, récente latente 2.726 ♂, 2.825 ♀, tardive et latente tardive 9.526 ♂, 5.480 ♀, congénitale 279 ♂, 372 ♀. Blennorragie 9.616 ♂, 3.338 ♀. Chancrelle 371 ♂, 39 ♀, lymphogranulome vénérien 145 ♂, 42 ♀.

L'âge de contamination de la syphilis a été, pour 1943, en pourcentages : moins de 15 ans : 0,1 pour les hommes, 1,0 pour les femmes, de 15 à 19 : 11,4 et 20,9; de 20 à 24 : 29,6 et 37,4; de 25 à 29 : 19,0 et 19,8; de 30 à 34 : 13,6 et 10,4; de 35 à 39 : 9,4 et 5,2; de 40 à 44 : 7,3 et 2,5; de 45 à 49 : 4,8 et 1,4; de 50 à 54 : 2,6 et 1,0, après 55 ans : 2,2 et 0,4.

A. Touraine.

A. Spinner. — **Recherches sur la syphilis dans un grand hôpital militaire** (Erfahrungen über Syphilis an einem grösseren Soldatenkrankengut). *Medizinische Klinik*, t. **40**, 1944, pp. 288-290.

Sur 363 cas : 213 syphilis primaires, 73 syphilis secondaires, 77 syphilis latentes. Origine des contaminations (o/o) : femme légitime 3,4, fiancée ou amie régulière 0,9, « pin-up » 68,4, prostituée 27,3.

36,5 o/o des syphilis primaires et 72,3 o/o des syphilitiques secondaires ont consulté dès qu'ils se sont aperçus de leur lésion; 45,5 et 24,7 o/o en moins d'une semaine; 14,8 et 1,5 en deux semaines, 3,2 et 1,5 en trois semaines.

Les chancres syphilitiques étaient multiples dans 44 o/o des cas; un seul chancre extra-génital (lèvre inférieure). A. Touraine.

P. Vigne. — **La syphilis, maladie professionnelle et accident du travail.** *Société de Médecine du Travail de Provence*, séance du 27 juin 1944 (in *Arch. des Maladies Professionnelles*, t. **6**, n° 7, 1944-1945).

Exposé des circonstances de contamination syphilitique en rapport avec la profession. Le chancre du doigt chez les médecins, des lèvres chez les verriers et les musiciens de jazz, etc., sont, selon la jurisprudence, considérés comme accidents du travail.

Lorsqu'il s'agit d'accidents tertiaires en rapport avec un traumatisme professionnel, unique ou répété, il y a discussion. Mais la plupart du temps, des présomptions bien établies font admettre l'accident par le tribunal.

R. Barthélemy.

H. Pariser. — **Infectiosité des sécrétions vaginales et du sang menstruel de femmes syphilitiques** (The infectiousness of the vaginal secretions and menstrual Blood of syphilitic women). *The American Journal of Syphilis, Gonnorrhea and Venereal Diseases*, t. **25**, mai 1941, pp. 339-374.

Sur 30 essais d'inoculation au lapin, 7 sont suivis de succès et syphilisent celui-ci. 5 de ces sécrétions venaient de femmes atteintes de lésions syphilitiques du col de l'utérus. Dans le sixième cas, il s'agissait du sang menstruel d'une syphilitique secondaire qui ne présentait aucune lésion cervico-vaginale. Le septième cas provenait d'une femme enceinte dont le col utérin, œdémateux, bleuâtre ne montrait aucune lésion ouverte.

A. Touraine.

H. Pariser. — **Non-infectiosité du sperme chez le syphilitique récent** (The infectiousness of the seminal fluide of men with early syphilis). *Journ. Invest. Dermat.*, t. **5**, décembre 1942, pp. 311-319.

23 essais ont été faits avec des sujets atteints de syphilis récente dont un seul présentait des lésions syphilitiques ouvertes sur le gland; 10 échantillons de sperme ont été injectés dans la peau de la souris; les ganglions satellites, la rate, le cerveau ont été examinés de 21 à 40 jours plus tard. Les 13 autres échantillons ont été injectés dans le testicule de lapins à deux reprises à 90 et 110 jours d'intervalle.

On n'a jamais trouvé de tréponèmes dans le sperme et toutes les inoculations ont été négatives sauf celles qui ont été faites avec le sperme de l'homme atteint de plaques muqueuses humides de la verge, près du méat et du scrotum.

A. Touraine.

J. H. Rille. — **La contamination extra-génitale de la syphilis** (Ueber extragenitale Syphilisinfektion). *Wiener medizinische Wochenschrift*, année **97**, nos 14-15, 12 avril 1947, pp. 181-182.

Revue générale. En 50 ans, 783 cas personnels dont 79 périgénitaux, 415 sur les lèvres, 76 aux amygdales, 68 aux mains et aux doigts, 22 au menton, 20 à la langue, 15 aux seins, 13 sur les joues, 12 sur les gencives, 13 aux yeux. Sur 415 chancres labiaux, 227 chez l'homme, 188 chez la femme; 287 à la lèvre inférieure, 128 à la lèvre supérieure, 5 aux commissures. Étude clinique des diverses formes de chancres des lèvres (érosive, papuleuse, hypertrophique, calleuse, tumorale, croûteuse, fissuraire, phagédénique, non caractéristique), de la langue (érosive, ulcéreuse, fissuraire). Sur 76 chancres de l'amygdale, 14 ont été bilatéraux. La chancre du nez peut être érysipéloïde ou pernioïde.

A. Touraine.

A. Bessemans et J. Vercouillie. — **Les porteurs de germes syphilitiques.** *Bruxelles Médical*, n° 25, 29 septembre 1946, pp. 1133-1138, bibliogr.

Les auteurs rappellent les nombreux cas indiscutables de syphilis transmise par les porteurs de germes apparemment sains (à sérologie positive et même négative). Il existe d'autre part de vraies porteuses de germes, saines (en particulier des prostituées (obs. de Caros-Paton, Fuchs, cf. Travail de Durel). Il reste à prouver néanmoins que la syphilis a pu être contractée au contact de ces porteurs véritables.

A l'appui de cette hypothèse, Bessemans et Vercouillie apportent 3 observations. Pourtant les inoculations de la sérosité du col utérin n'ont syphilisé ni lapins, ni souris. On peut admettre que le germe spécifique (déposé par le sperme d'un par-

tenaire syphilitique) ne séjourne que peu de temps (quelques jours d'après Fuchs à un mois pour Gougerot) sans syphiliser la porteuse (immunité naturelle ou acquise au contact répété du germe). Pour Bory, le canal utéro-salpigien constituerait un milieu particulièrement favorable à sa conservation. Cependant l'acidité vaginale entraînerait la disparition rapide du tréponème déposé dans les voies vaginales (Levaditi et Vaismann, Lépinay et Lafforet).

Les auteurs concluent à la grande probabilité du saprophytisme vrai du tréponème pâle chez certaines femmes saines que l'on peut considérer comme de simples vectrices du virus.

Du point de vue prophylactique, ces cas paraissent négligeables chez les prostituées qui s'astreignent d'elles-mêmes à des toilettes locales fréquentes.

L. Golé.

20e. — *Syphilis* (Microbiologie).

E. H. Hudson. — **Vue unitaire de la tréponématose** (A unitarian view of treponematosis). *Amer. Journ. of Trop. Med.*, t. **26**, janvier 1946, pp. 135-139.

Le pian et la syphilis sont deux formes de la même tréponématose. D'abord saprophyte et limité aux pays chauds, le tréponème s'est étendu aux régions tempérées grâce aux migrations, aux échanges commerciaux et s'est adapté aux climats plus froids et à la transmission par les rapports sexuels, alors que, en zone tropicale, il conservait sa contagiosité extra-vénérienne. Mais le microbe est resté le même dans les deux cas et rien ne permet de différencier celui du pian de celui de la syphilis.

A. Touraine.

S. Vago (Feldkirch, Autriche). — **Méthode de coloration pour l'examen microscopique des spirochètes.** *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, année **77, n° 17**, 26 avril 1947, pp. 479-480.

L'auteur propose la méthode inédite suivante : Étalement sur lame; fixation non nécessaire. Coloration pendant un temps quelconque avec une solution concentrée de mercurochrome à l'eau. Lavage à l'eau. Coloration avec une solution concentrée de Pyoctanin à l'eau. La coloration à chaud, facultative, est quelquefois plus avantageuse. La série des manipulations peut se faire en 5 minutes. Tous les spirochètes des diverses espèces sont bien colorés, sauf parfois les leptospires.

A. Touraine.

R. Mollinedo. — **Le tréponème pâle et le spirochétogène dans les lésions cutanées de la syphilis tertiaire.** *La syphilis viscérale tardive.* L'expansion scientif. franç., éd. 1946, pp. 17-23, 8 fig.

Après avoir rappelé les modes de multiplications des spirochètes et plus particulièrement de *Treponema pallidum*, Mollinedo pose le problème si complexe de l'existence d'un cycle évolutif de l'agent de la syphilis. A côté de nombreuses formes atypiques (granulations, anneaux, boucles, formes étirées, épaissies, ponctuées) si bien étudiées par Sézary, il existe un organite particulier, le granule spirochétogène, constitué par un grain argyrophile, muni d'un fin filament hélicoïdal. Le filament n'est pas un organe moteur, ni un appendice ciliaire, mais le reliquat de l'étirement périplasmique du micro-organisme au cours de la division anisotypique. Sans ce filament il est impossible de différencier, sur coupes et sur frottis, ce qui revient au tréponème des artéfacts de préparation. Ainsi individualisé, le spirochétogène ne saurait être confondu avec les formes involutives dites « invisibles » (boucles, pelotes lâches ou granulations) décrites par Levaditi et ses collaborateurs.

Un diagnostic précoce de la syphilis peut être établi par la mise en évidence du spirochétogène dans les lésions cutanées tertiaires, quand manquent certains arguments cliniques et que les réactions sérologiques sont négatives (rappel de 4 observations publiées avec Clément Simon).

Cette forme semble être la forme de résistance ou d'entretien du parasite dans les lésions tertiaires. L. Golé.

O. Agee. — **Emploi de l'ultra-microscope pour le diagnostic des lésions secondaires généralisées de la syphilis** (The use of the darkfield microscope for diagnosis of generalized secondary lesions of syphilis). *New-Orleans Med. and Sci. Journal*, t. **95**, janvier 1943, pp. 329-332.

La constatation du tréponème, notamment par l'ultra-microscope, permet seule d'affirmer la nature syphilitique des lésions, aussi bien suintantes que sèches. Les tréponèmes y sont constants et Vryonis et Morgan donnent comme chiffres approximatifs du nombre des tréponèmes par millimètre cube dans les diverses lésions; 14.700 dans le chancre, 24.700 dans les plaques muqueuses, 37.620 dans les condylomes, 1.800 dans les lésions secondaires sèches, 370 à 3.200 dans les lésions tardives.

Au cas de lésion sèche, celle-ci doit être arasée vigoureusement au grattoir ou à la compresse. Le tréponème est recherché dans la sérosité qu'on obtiendra, au besoin, par scarification.

10 exemples sont rapportés qui montrent l'intérêt de cette recherche au cas de doute. A. Touraine.

U. Wile, R. Picard et E. Kearny. — **La morphologie du « Treponema pallidum » au microscope électronique** (The morphology of *Spirochæta pallida* in the electron microscope). *The Journal of the American Medical Association*, t. **119**, 11 juillet 1942, pp. 880-881.

Le microbe ne peut être vu qu'après avoir été immobilisé, centrifugé et soumis à des lavages répétés; aussi sa fragilité et sa rapide désintégration rendent-elles les techniques très délicates. Cependant des microbes ont été trouvés dans tous les cas, quoique détordus, allongés et aplatis.

La photographie a donné un grossissement de 8.000 diamètres. Une enveloppe continue entourait complètement le corps cellulaire dans quelques individus; sa nature exacte reste douteuse. On n'a pas trouvé de flagelles aux extrémités; mais de curieuses formations, en forme de nœuds, de densité forte et uniforme paraissent s'intégrer dans le corps du parasite et en faire partie.

Dans une note complémentaire, les auteurs disent être parvenus à un grossissement de 75.000 à 80.000; ils ont alors trouvé quelquefois des formations analogues aux flagelles d'autres bactéries, le long des bords mais non aux extrémités du corps cellulaire. A. Touraine.

S. Mudd, K. Polevitzky et Th. Anderson. — **Morphologie des bactéries au microscope électronique : « Treponema pallidum », « T. Macrodentium », « T. Microdentium »** (Bacterial morphology as shown by the electron microscope : *Treponema pallidum, T. macrodentium, T. microdentium*). *Journ. of Bacteriology*, t. **46**, juillet 1943, pp. 15-24.

Une fine membrane cellulaire, ou « périplaste » entoure le protoplasme intérieur de ces tréponèmes. Ce périplaste maintient la connexion entre deux individus juxtaposés jusqu'à ce que la division transversale soit complète; il peut s'étendre au delà du corps cellulaire sous la forme d'un filament terminal. Il n'existe pas d'apparence en faveur d'un filament axial différencié à l'intérieur du protoplasme.

T. pallidum et *T. macrodentium* possèdent des flagelles, souvent en groupes de 4,

le long des bords ou près des extrémités du corps cellulaire. Des grains denses, de 40 à 90 millimicrons de diamètre se voient souvent à l'intérieur du protoplasme des tréponèmes. Des corpuscules denses, irrégulièrement sphéroïdaux, de 150 à 500 millimicrons de diamètre sont souvent attachés au corps cellulaire, en général près d'une extrémité, isolés ou réunis au périplaste par une courte tige; il semble qu'il s'agisse d'organes asexués de reproduction. A. Touraine.

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Durée de conservation de la mobilité et de la virulence des tréponèmes syphilomateux.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 12, 13 et 14, séance du 2 avril 1946, p. 224.

Chez les lapins porteurs de chancres syphilitiques du scrotum, conservés à + 5° après la mort par saignée, les tréponèmes ont gardé en partie leur mobilité pendant les trois jours ayant suivi la mort, mais ont cessé apparemment de se mouvoir le cinquième jour.

Pendant toute cette période de cinq jours les tréponèmes ont conservé intact leur pouvoir pathogène pour les animaux réceptifs.

Le temps limite de cette conservation de leur virulence n'a pas été précisé par les auteurs et sera l'objet de recherches ultérieures.

Lucien Périn.

J. Kolmer et A. Rule. — **Note sur la survie du tréponème dans du sang ou du plasma conservé citraté** (A note on the survival of *Treponema pallidum* in preserved citrated human blood and plasma). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Disease*, t. **26**, mars 1942, pp. 156-158.

Des mélanges de tréponèmes souche Nichols Hough et de sang ou de plasma citraté ont été injectés, à la dose de 1 centimètre cube, dans le testicule de lapins, à divers intervalles.

Le mélange injecté une heure plus tard a donné des inoculations toujours positives.

Conservé à la glacière à 4-6°, le mélange en sang a donné des résultats positifs après 1 ou 2 jours, mais toujours négatifs le troisième jour; le mélange en plasma a été infectieux pendant les trois jours des essais d'inoculation.

A. Touraine.

M. Ravitch et J. Chambers. — **Survie des tréponèmes dans le plasma refroidi** (Spirochetal survival in frozen plasma). *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, t. **71**, novembre 1942, pp. 299-303.

Pour évaluer la durée de contagiosité du sang infecté par les tréponèmes et injecté, ensuite, par transfusion, les auteurs ont ensemencé du plasma d'homme ou de lapin avec les tréponèmes de syphilome testiculaire expérimental de lapin. Placé ensuite à la glacière à — 20°, ce plasma a été inoculé au lapin après 1, 2, 3, 5 et 10 jours de refroidissement.

Un séjour de 24 heures à la glacière n'a pas empêché 3 lapins sur 5 d'être syphilisés. Après un séjour supérieur à un jour, aucun lapin n'a été syphilisé.

En conclusion, n'injecter en transfusion sanguine, au cas de doute, que du plasma conservé à la glacière pendant 48 heures. A. Touraine.

A. Bessemans, A. de Moor et Mlle H. Baert. — **Comparaison de la persistance de la mobilité, au sein d'émulsions-mères diluées ou non, des tréponèmes pâles de syphilomes testiculaires de lapin et de ganglions lymphatiques de hamsters syphilisés.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie et de ses filiales*, t. **140**, septembre 1946, nos 17-18 ; *Société belge de Biologie*, séance du 28 avril 1945, pp. 707-709.

A. Bessemans a montré en 1936 que le tréponème pâle se développant dans les ganglions lymphatiques du lapin syphilisé est doué d'une plus grande virulence

que son congénère se développant dans le syphilome testiculaire du même animal; le premier résiste mieux *in vivo* non seulement aux moyens défensifs immunologiques et chimiothérapiques, mais encore à l'action nocive des altérations anaphylactiques et de l'hyperthermie locale; il garde plus longtemps, dans les émulsions tissulaires, sa mobilité et son pouvoir pathogène.

Pour Levaditi et ses collaborateurs, ces différences s'expliqueraient par le fait que le syphilome représente une lésion inflammatoire réactionnelle, où les tréponèmes sont exposés plus que dans les ganglions aux attaques cellulaires et humorales de l'organisme. Les auteurs attribuent la persistance accrue de la mobilité *in vitro* du tréponème ganglionnaire à l'appauvrissement ou à l'absence, dans son émulsion, de certains éléments de destruction contenus dans l'émulsion syphilomateuse. Dans le but de contrôler cette hypothèse, ils ont eu recours à des émulsions-mères, fraîches et physiologiques, de syphilomes testiculaires jeunes de lapin, richement tréponémifères, maintenues à 37° dans des conditions équivalentes pour les émulsions initiales et pour leurs dilutions, en recherchant dans les unes et dans les autres le pourcentage des éléments ayant conservé des mobilités similaires après des temps variables. Sauf de légers écarts imputables à des erreurs de technique, ils n'ont pas constaté dans les dilutions un accroissement quelconque des manifestations vitales, ce qui contredit l'hypothèse envisagée.

La rareté relative des tréponèmes dans les ganglions lymphatiques du lapin syphilisé se prête mal à des essais du même genre, mais ces essais ont pu être réalisés sur des ganglions inguinaux de Hamsters dorés, syphilisés depuis 2 à 3 mois dans la région génitale, et particulièrement riches en tréponèmes. Les résultats obtenus se superposent aux précédents et modifient d'autant moins cette conclusion que le seuil de l'infectiosité spécifique du tréponème ganglionnaire est vraisemblablement le même dans les deux espèces animales.

LUCIEN PÉRIN.

A. VAISMAN. — **Présence du virus spécifique dans la moelle osseuse sternale des syphilitiques.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 15, 16 et 17, séance du 7 mai 1946, pp. 290-292.

Confirmant les constatations déjà anciennes de Neisser sur le pouvoir pathogène de la moelle osseuse des singes pendant l'incubation et l'évolution de la syphilis expérimentale, l'auteur a montré que la moelle osseuse tibiale de lapins syphilisés, inoculée par voie sous-scrotale à des lapins neufs, provoquait l'apparition de syphilomes typiques, riches en tréponèmes.

Poursuivant ses essais chez l'homme, il a constaté dans quatre cas de syphilis primaire et secondaire, tous sérologiquement positifs, que la moelle osseuse sternale prélevée par ponction et inoculée au lapin se révélait pleinement virulente (apparition de syphilomes dans un délai de 60 à 76 jours).

Chez deux malades atteints de syphilis ancienne, l'un depuis 29 ans, insuffisamment traité et sérologiquement positif, l'autre depuis 21 ans, régulièrement traité et sérologiquement négatif, ils ont constaté que la moelle osseuse sternale prélevée et inoculée dans les mêmes conditions était au contraire dépourvue de virulence.

Il résulte de ces expériences que la moelle osseuse des syphilitiques, examinée à la phase aiguë de l'infection, est généralement, sinon toujours, virulente, et qu'elle cesse de l'être chez les sujets atteints de syphilis ancienne, même sérologiquement positifs.

LUCIEN PÉRIN.

20f. — *Syphilis* (Expérimentation).

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Syphilis expérimentale généralisée du lapin.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **140**, décembre 1946, nos 23-24, séance du 14 décembre 1946, pp. 971-973 (1 microphoto).

Les manifestations métastatiques généralisées se produisant au cours de la syphilis expérimentale du lapin ont été signalées par un certain nombre d'auteurs, en particulier par Bessemans, Levaditi et Vaisman ont observé des métastases à localisations périostiques et osseuses chez deux lapins inoculés de syphilis par voie sous-scrotale ou cornéenne, et ayant présenté en même temps des métastases cutanées ainsi qu'une dispersion du virus dans le sang, le système lymphatique périphérique, la rate et la moelle osseuse.

La nature spécifique des accidents cutanés a été démontrée par leurs caractères histologiques, leur richesse en tréponèmes et la spécificité de leur pouvoir pathogène. Les manifestations périostiques et osseuses, fortement parasitées, offraient des détails histopathologiques démontrant leur origine endogène. Il existait en particulier dans le périoste une infiltration massive de monocytes associés à des polynucléaires et une périvascularite particulièrement riche en tréponèmes; les ostéoblastes étaient entourés de tréponèmes et l'on pouvait en déceler également dans les travées médullaires du tissu osseux sous-jacent; ces travées étaient constituées par des vaisseaux entourés de monocytes et d'histiocytes, parmi lesquels existaient de nombreux tréponèmes. La moelle osseuse centrale par contre semblait en être dépourvue. Ces constatations ne laissent aucun doute sur la nature syphilitique des lésions périostiques et osseuses constituées en pareil cas.

Lucien Périn.

A. Vaisman. — **Virulence de la moelle osseuse chez le lapin syphilisé.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, novembre 1945, nos 21-22, séance du 24 novembre 1945, pp. 991-992

On sait que la virulence de la moelle osseuse des singes, pendant la période d'incubation ou après la guérison clinique de la syphilis, a été démontrée en 1906 par Neisser et ses collaborateurs.

Recherchant si la dispersion tréponémique chez le lapin atteignait également cette région, l'auteur constate que la moelle osseuse tibiale de lapins syphilisés depuis cinq mois, inoculée par voie sous-scrotale à 5 lapins neufs a déterminé chez deux d'entre eux, après une incubation de 60 jours, des syphilomes nodulaires contenant des tréponèmes en grand nombre. Le virus syphilitique se localise donc bien, chez les lapins syphilisés expérimentalement, dans la moelle osseuse.

Cette constatation revêt une importance particulière en ce qui concerne la recherche de l'infectiosité de la moelle osseuse par ponction sternale, pratiquée chez l'homme en vue d'apprécier l'effet thérapeutique stérilisant des différentes médications antisyphilitiques.

Lucien Périn.

A. Vaisman. — **Chancre d'auto-inoculation chez le lapin et allergie dans la syphilis.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, octobre 1945, nos 19-20, séance du 27 octobre 1945, pp. 932-933.

L'inoculation de tréponèmes à la cornée, au scrotum ou au vagin provoque chez le Lapin l'apparition de kératite ou de chancres. Il est de règle que l'animal ne réagisse pas localement si l'inoculation est pratiquée en d'autres points, de même qu'il est habituel de ne pas observer de lésions secondaires même chez les animaux suivis pendant plus de deux ans après l'infection.

L'auteur a cependant obtenu à 5 reprises, par l'emploi d'une souche particulièrement virulente, des chancres d'auto-inoculation aux pattes, à l'anus et aux paupières chez des lapins porteurs de chancres ulcérés depuis une période variant de 3 à 4 mois.

Une réinoculation des lapins avec leur propre virus n'a permis, dans aucun cas, de provoquer des lésions au niveau de ces organes. L'inoculation de leur virus à des animaux neufs ou à d'autres animaux déjà infectés n'a pas permis davantage de reproduire des lésions syphilitiques en dehors des endroits habituels, cornée, scrotum ou vagin. On peut se demander dans ces conditions pour quelle raison un lapin ayant déjà acquis l'immunité au point d'élection arrive à faire une auto-inoculation dans des régions réfractaires à toute tentative d'infection chez l'animal neuf ou immunisé. On peut également se demander pourquoi ce même lapin, inoculé avec son propre virus ou avec une autre souche, ne réagit plus quand on pratique l'inoculation à un point symétrique de celui de l'auto-inoculation.

Il est vraisemblable qu'il existe, au cours de l'infection syphilitique, des périodes d'allergie qui permettent au tréponème de se fixer ailleurs qu'aux points d'élection. C'est seulement grâce à la fréquence des réinoculations par le virus provenant des lésions ouvertes, qu'on peut constater de temps à autre des lésions au niveau des tissus réputés tréponémophobes. LUCIEN PÉRIN.

F. REYNOLDS. — **Destinée du « Treponema pallidum » inoculé sous la peau de lapins immunisés** (The fate of *Treponema pallidum* inoculated subcutaneously into immune rabbits). *Bull. Johns Hopkins Hospital*, t. **69**, juillet 1941, pp. 53-60.

Deux groupes de lapins, les uns normaux, les autres antérieurement syphilisés puis traités énergiquement par le novar. Ils sont inoculés par implantation, sous la peau, d'un fragment de syphilome testiculaire riche en tréponèmes (30 à 50 jours après la dernière injection d'arsenic dans le second groupe). Les implantats sont retirés de 2 à 21 jours plus tard, ainsi que le ganglion satellite.

Chez les lapins normaux, les tréponèmes persistent vivants dans l'implantat et le ganglion. Chez les lapins immunisés, on trouve des tréponèmes dans l'implantat jusqu'au 4e jour mais les ganglions restent stériles dès le début (chez certains d'entre eux l'implantat, non enlevé, ne donne lieu à aucune lésion).

A. TOURAINE.

T. TURNER et Ch. MCLEOD. — **Immunité croisée expérimentale dans la syphilis, le pian, la tréponémose vénérienne du lapin** (Cross immunity in experimental syphilides, yaws, and venereal spirochetosis of rabbits). *Transact. Assoc. Amer. Physicians*, t. **57**, 1942, pp. 265-266.

20 lapins sont inoculés dans le testicule avec *Treponema pallidum*, 20 autres avec *Tr. pertenue*, 20 encore avec *T. cuniculi* et 20 servent de témoins. Six mois plus tard les survivants des précédents qui ont réagi positivement et des témoins sont inoculés avec les tréponèmes hétérologues. Les tableaux qui résument ces expériences montrent que les lapins ont acquis une résistance nettement augmentée contre ces réinoculations. Cependant, la protection est moins grande contre les tréponèmes hétérologues que contre une autre souche de même espèce de tréponème. A. TOURAINE.

C. LEVADITI et H. NOURY. — **Action stérilisante et effet préventif du 4-hydroxy-3-amino-phényldichlorarsine dans la syphilis expérimentale du lapin.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, avril 1945, nos 7-8, séance du 28 avril 1945, pp. 384-385.

Le 4-hydroxy-3-amino-phényldichlorarsine (4.000 M), suspendu dans l'huile d'olives stérilisée et administré par voie intramusculaire à des lapins porteurs de syphi-

lomes scrotaux, à la dose de 5 à 10 milligrammes par kilogramme, exerce un effet curatif généralement satisfaisant. Avec 10 milligrammes par kilogramme, un de ces animaux a présenté au 4e jour une disparition complète des tréponèmes, au 9e jour la guérison du chancre. Avec 5 milligrammes par kilogramme, un autre a présenté des effets identiques. Toutefois des récidives ont été observées chez deux autres lapins au 7e et au 17e jour. Ces récidives prouvent que du fait qu'il est suspendu dans l'huile et qu'il est administré par voie intramusculaire, ce dérivé perd en rapidité et en profondeur une partie de son activité curative.

Les auteurs ont eu recours à des doses de 5 milligrammes par kilogramme pour apprécier ses propriétés préventives. Ils ont ainsi traité une première série de lapins le jour de la contamination par greffe scrotale et 7 jours après; ils ont soumis au même traitement une deuxième série 5 jours après la contamination et 7 jours après la première piqûre.

Dans les cas de la première série où le traitement préventif avait été appliqué le jour même de l'infection, la prévention a été nulle dans la totalité des cas.

Dans les cas de la seconde série, où le traitement préventif avait été appliqué 5 jours après l'infection, la prévention s'est manifestée chez 80 o/o des animaux en expérience.

L'activité prophylactique semble donc plus effective lorsque le médicament est utilisé pendant la période d'incubation de la syphilis, où les tréponèmes sont en voie de multiplication active, que tout au début pendant la phase de leur adaptation.

LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI et A. VAISMAN. — **Durée de la dispersion tréponémique chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente**. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **140**, novembre 1946, nos 21-22, séance du 9 novembre 1947, pp. 840-841.

Il résulte des expériences des auteurs que la dispersion tréponémique chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente se montre positive jusqu'au 1.011e jour après l'inoculation, limite extrême de leurs observations, et qu'à aucun moment de cette longue période les animaux contaminés ne présentent la moindre tendance à la guérison spontanée.

En dépit d'une survie ayant atteint 3 années, aucun des animaux contaminés n'a présenté une guérison spontanée complète de la dispersion spirochétienne. Toutefois l'intensité de la tréponémose a varié chez des sujets infectés avec une même souche et examinés au même moment (entre 453 et 455 jours), ce qui doit être vraisemblablement attribué à des différences dans la réactivité individuelle de chacun d'eux.

LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI et A. VAISMAN — **Essais de vaccination de la souris contre la tréponémose dispersive cliniquement inapparente par injection de spirochètes dévitalisés.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **140**, décembre 1946, nos 23-24, séance du 14 novembre 1946, pp. 973-974.

Les auteurs se sont efforcés de déterminer si la souris pouvait être vaccinée contre l'infection syphilitique cliniquement occulte, par des injections de tréponèmes dévitalisés au moyen du chauffage, du formol ou d'une conservation prolongée à la température ambiante.

Ils ont eu recours dans ce but à des émulsions de chancre de lapin riche en tréponèmes, l'une maintenue 30 minutes à 60°, l'autre additionnée de formol à 1 o/oo, la troisième conservée pendant 7 jours à la température du laboratoire. Ces émulsions ont été inoculées par voie sous-cutanée à plusieurs souris (0 cm^3 5 à 5 ou 6 reprises différentes, en l'espace de 17 jours). Une greffe, également sous-cutanée, de syphilomes de lapins a été réalisée chez les mêmes souris 6 jours après

la dernière injection vaccinante. Ces animaux ont été sacrifiés 123 jours après l'épreuve, ainsi que des souris témoins, non vaccinées, contaminées en même temps que les précédentes.

L'examen histologique (méthode de Strœsco) a révélé dans tous les cas une dispersion tréponémique intense ou partielle dans les zones électives habituelles : nez, rectum, peau du dos et du périnée, ganglions lymphatiques. On est donc en droit de conclure que l'injection préalable à la souris, par voie sous-cutanée, de suspensions de tréponèmes dévitalisés à l'aide de ces méthodes ne confère pas à cet animal d'état réfractaire contre l'infection syphilitique.

LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI, A. VAISMAN et H. NOURY. — **Syphilis et infection récurrentielle.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie* t. **139**, novembre 1945, n°s 21-22, séance du 10 novembre 1945, pp. 972-974.

L'infection récurrentielle (*Spirochœta Duttoni*), inoculée à la souris en même temps que la syphilis, avant la syphilis ou après la syphilis, n'empêche pas l'apparition et l'évolution d'une dispersion tréponémique dans les zones électives (peau du nez, du dos, du périnée, musculature lisse du rectum, ganglions lymphatiques). D'autre part, la présence de virus récurrentiel dans l'encéphale de ces souris ne stérilise pas le virus syphilitique que contient cet encéphale et ce dernier dans 8 essais sur 11 (73 o/o des cas) s'est montré capable d'héberger le virus syphilitique pathogène pour le lapin ou pour la souris. Le taux de 73 o/o de résultats positifs peut être considéré comme normal, étant donné le fait que le névraxe des souris atteintes de syphilis cliniquement inapparente n'est pas constamment virulent.

Il est permis de conclure de ces expériences que l'infection récurrentielle ne supprime pas la dispersion tréponémique virulente chez les souris atteintes de syphilis cliniquement occulte, tant en ce qui concerne les zones électives qu'en ce qui concerne le système nerveux central. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI et A. VAISMAN. — **Syphilis et néoplasmes.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **140**, octobre 1946, n°s 19-20, séances du 12 octobre 1946, pp. 738-739.

L'affinité du virus syphilitique pour les néoplasmes spontanés ou greffés de la souris a été démontrée en 1932 par C. Levaditi et Constantinesco. Des tumeurs se développant spontanément chez des souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente deviennent virulentes sans qu'il soit possible d'y déceler le tréponème. Un néoplasme greffé sur une souris en proie à une tréponémose dispersive ne tarde pas, d'autre part, à devenir chancrigène.

En confirmation de ces faits, des essais pratiqués par les auteurs chez trois souris atteintes de tréponémose dispersive leur ont montré que des tumeurs spontanées évoluant chez ces animaux (adéno-carcinome du cou dans le premier cas, adénocarcinome de la mamelle dans le second, tumeur carcinomateuse du périnée dans le troisième), inoculées par greffe sous-cutanée à d'autres souris, ont provoqué chez ces dernières une dispersion tréponémique constatée du 103e jour au 185e jour, alors que l'examen histologique du néoplasme (méthode d'imprégnation argentique de Stroesco) ne révélait pas la moindre trace de tréponèmes dans les tumeurs. Ces constatations prouvent que les tumeurs fixent le virus syphilitique et acquièrent ainsi une virulence accentuée en dépit de l'absence du *Treponema pallidum* parmi les éléments néoplasiques. LUCIEN PÉRIN.

20g. — ***Syphilis*** (Sérologie).

Décret présidentiel, n° 46-1111 du 18 mai 1946, à propos de l'application de la loi n° 46-447 du 18 mars 1946, portant statut des laboratoires d'analyses médicales. *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 8, août 1946, pp. 565-569.

Décret important à connaître en détail par tous les directeurs de laboratoires de sérologie agréés : formalités d'ouverture, titres exigés, locaux indispensables, contrôle, règles de déontologie et de fonctionnement, etc.

A. Touraine.

R. Delauney. — **La sérologie en France.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 8, août 1946, pp. 525-531.

Il faut prévoir, par an, en France, 25.000 syphilis récentes et 800.000 syphilis anciennes, c'est-à-dire environ 1.000.000 de réactions, auxquelles il faut ajouter 3.000.000 de réactions de dépistage dans les collectivités ou à l'occasion de la grossesse, du mariage, etc., et celles qui résulteront des examens périodiques nouvellement institués.

Ces réactions nécessiteront 2 litres 500 d'antigène pour Bordet-Wassermann-Kolmer, 300 litres pour Kahn standard, 185 litres pour Kahn présomptif, 2 litres pour Kline diagnostic, 2 litres pour Kline exclusif, 250 litres pour Meinicke MKR II.

Se procurer et entretenir cet équipement soulèvent de nombreuses difficultés.

A. Touraine.

P. Cordier. — **Rapport sur le contrôle des laboratoires de sérologie.** *Société française de Chimiothérapie et de Sérologie*, 8 décembre 1945, *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, pp. 341-342.

« Les réactions de la syphilis sont encore au stade de l'empirisme »; la valeur des chefs de laboratoire ainsi que celle des antigènes est très inégale. Aux États-Unis, chaque laboratoire doit, pour être agréé, participer à une sorte de « tournoi sérologique ». L'indication de l'antigène et de la technique suivie devrait accompagner chaque compte rendu d'analyse.

A. Touraine.

M. Dujardin. — **Les réactions sérologiques de la syphilis** *Journée vénéréol. de Namur*, 28 juillet 1946, *in Bruxelles Médical*, n° 23, 8 septembre 1946, p. 1054.

Intérêt de l'examen du liquide céphalo-rachidien (que l'on pratiquera la première année du traitement). Il rappelle que le liquide de la chambre antérieure de l'œil peut être également utilisé pour la recherche des réactions sérologiques.

L. Golé.

Felice Bernucci et Giorgetto Negro (Turin). — **Sur quelques causes possibles d'erreur à éviter, dans le prélèvement du sang pour le séro-diagnostic de la syphilis** (Circa alcune possibiliti cause di errori da evitarsi nel prelevamento del sangue per la serodiagnosi della lue). *Il dermosifigrafo*, années **20-21**, nos 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 305 à 320.

Les auteurs ayant constaté que parfois des échantillons de sang prélevés simultanément ou à peu de distance de temps, peuvent donner des résultats différents, quoique légers, pour ce qui concerne la positivité ou la négativité des diverses épreuves de sérodiagnostic pour la confirmation du diagnostic clinique de la syphilis, en particulier pour la réaction de Bordet-Wassermann, la réaction de Meinicke, la réaction de Sachs-Witebski, la réaction de Kahn et la réaction de clarification II de Meinicke, ont recherché les causes qui peuvent provoquer un tel phénomène.

Ils ont constaté que, toute erreur de technique étant exclue, de telles différences de résultats doivent être rapportées aux modalités différentes selon lesquelles a lieu le prélèvement du sang. Si l'on fait sortir le sang de la seringue sous forte pression de manière qu'il jaillisse avec violence dans le tube et qu'il se produise une mousse abondante, dans ce cas les résultats des analyses présentent de temps à autre une différence même assez notable comparativement à ceux qui sont obtenus sur des échantillons de sang prélevés suivant la technique habituelle.

La réaction de Bordet-Wassermann exécutée sur de tels échantillons a donné, par rapport aux épreuves conduites selon la technique traditionnelle, dans les réactions positives, 32,32 o/o de cas discordants, et parmi ceux-ci, dans 26,25 o/o il y a eu une diminution de la positivité correspondant à 36,46 o/o sur la positivité totale de 100 o/o. Dans 6,06 o/o il y a eu augmentation de la positivité correspondant à 41,66 o/o de la positivité totale. Dans 67,67 o/o le résultat a été inchangé.

Dans la réaction de floculation de Meinicke il y a eu, dans les réactions positives, 33,33 o/o de discordances dont 18,18 o/o de diminution de la positivité correspondant à 31,93 o/o de la positivité totale de 100 o/o et 15,15 o/o d'augmentation correspondant à 40 o/o de la positivité totale. Dans 66,66 o/o des cas, le résultat a été inchangé.

Dans la réaction de Sachs-Witebsky, parmi les réactions positives, il y a eu 31,31 o/o de cas discordants dont diminution de positivité dans 19,19 o/o correspondant à 43,42 o/o de la positivité totale et dans 12,12 o/o des cas, augmentation de la positivité correspondant à 41,66 o/o. Dans 68,68 o/o le résultat a été inchangé.

Dans la réaction de clarification de Meinicke on a eu, dans les réactions positives, 31,31 o/o de cas discordants dont 20 o/o avec diminution de la positivité correspondant à 40,40 o/o de la positivité totale ; dans 11,11 o/o il y a eu augmentation de la positivité correspondant à 43,18 o/o. Dans 68,68 o/o le résultat a été inchangé.

La plus forte diminution de la positivité a été observée dans la réaction de Kahn et pour les autres dans l'ordre suivant : réaction de Bordet-Wassermann, réaction de clarification de Meinicke, réaction de Sachs-Witebsky. Dans la réaction de floculation de Meinicke, il y a eu équilibre entre les augmentations et les diminutions.

Quelles sont les causes de ces variations ? On peut invoquer : une action mécanique, l'hémolyse mécanique, qui se manifeste parfois par une teinte rosée du sérum ; l'oxygénation qui résulte de l'aération due à la mousse et c'est peut-être là le facteur le plus important.

Néanmoins les causes de ces variations restent encore obscures et les auteurs se proposent de poursuivre leurs recherches pour parvenir à les élucider.

Belgodère.

J. Crawford et L. Hertert. — **Conservation des sérums pour Wassermann par adjonction de sulfamide** (Preservation of Wassermann sera by means of sulfanilamide). *Military Surgeon*, t. **93**, septembre 1943, pp. 274-275.

Ajouter, avec une pipette, 0 cm³ 2 d'une solution à 2 o/o de sulfamide dans de l'éthanol à 95 o/o, dans le tube préalablement stérilisé et légèrement chauffé. On dépose ainsi sur les parois du tube 4 milligrammes d'une très fine poudre hautement soluble.

Les résultats de la réaction n'en subissent aucune modification, d'après plus de 3.000 essais.

D'autre part, certains lots de tubes renfermaient jusqu'à 22 o/o de sérums anticomplémentaires ; par cette méthode ce pourcentage est tombé à 1,5 o/o.

A. Touraine.

P. P. Legrand. — **Réaction ultra-rapide pour la recherche de la syphilis avec test hémolytique à 50°. Réaction de Legrand n° 2.** *Soc. de Pathol. comparée*, 13 novembre 1945, *Revue de Pathologie comparée*, année **46**, nos 571-572, mars-avril 1946, pp. 307-309.

La vitesse d'hémolyse alexique des hématies est notablement accélérée, dans la réaction de fixation, lorsqu'on agite à l'agitateur de Kahn (375 secousses par minute pendant 3 minutes) le mélange initial d'antigène de Bordet-Ruelens et du

sérum à examiner. Après avoir ajouté le sérum physiologique, le sérum hémolytique et les hématies de mouton, on porte les tubes au bain-marie à 50° pendant 15 minutes. Lecture aussitôt après.

Les résultats positifs, complets ou partiels, coïncident dans 80 o/o avec ceux du Meinicke MKR II.

A. Touraine.

L. Tommasi et I. Bosco (Naples). — **Méthode rapide et efficace de réactivation sérologique dans la syphilis** (Metodo rapido ed efficace di reattivazione sierologica nella lue). *Il Policlinico* (Sez. pratica), t. **53**, n° 49, 9 décembre 1946, pp. 1113-1119.

Cette méthode consiste dans l'injection intraveineuse de 1/80 de milligramme d'adrénaline désalbuminée; le sang est prélevé 20 minutes plus tard pour l'examen sérologique.

Appliquée à 110 syphilitiques à diverses périodes et à 50 témoins, suivant les méthodes de Wassermann, de Kahn, de Meinicke K 2, cette méthode a augmenté de 44 o/o la sensibilité des réactions usuelles et avancé la positivité au début de la syphilis.

Syphilis primaire (30 cas). — 18 cas avec sérologie négative : 5 positifs après réactivation, 12 cas avec sérologie légère ou partielle : 7 devenus fortement positifs.

Syphilis secondaire ou tertiaire (18 cas). — 9 cas avec sérologie complètement positive : 8 sans changement, 1 atténué; 9 cas avec sérologie légère ou partielle : 5 intensifiés, 1 atténué.

Syphilis asymptomatique (62 cas). — 6 cas avec sérologie complètement positive : 6 sans changement, 2 atténués; 21 cas avec sérologie légère ou partielle : 14 intensifiés, 5 sans changement, 1 atténué, 1 négativé; 35 cas avec sérologie négative : 24 sans changement, 11 devenus positifs.

A. Touraine.

L. Rouquès. — **Une méthode rapide de réactivation sérologique**. *La Presse Médicale*, année **55**, n° 9, 8 février 1947, p. 105.

Tommasi et Bosco sont, par leurs recherches, arrivés à la conclusion que les injections intraveineuses d'adrénaline, en provoquant la contraction de la rate et sans doute d'autres éléments réticulo-endothéliaux, déterminent le passage dans la circulation des cellules mais aussi de substances intervenant dans les processus immunitaires.

D'où leur méthode de réactivation des réactions sérologiques. Ils injectent par voie veinuese 1/80 de milligramme d'adrénaline naturelle désalbuminée ou d'adrénaline synthétique. Les réactions (Wassermann et Meinicke) sont effectuées sur du sang prélevé vingt minutes après l'injection d'adrénaline. Sur 110 syphilitiques, la réactivation a été obtenue dans 44 o/o des cas.

H. Rabeau.

J. Kolmer. — **Les antigènes spirochétiens dans le séro-diagnostic de la syphilis** (Spirochætal antigens in the serum diagnosis of syphilis). *American Journal of Medical Technology* (Détroit), t. **9**, mars 1943, pp. 38-45.

L'auteur résume ainsi les travaux qu'il a entrepris sur ce sujet avec Mmes Kast et Lynch.

La fixation du complément dans la syphilis avec les antigènes spirochétiens est une réaction de groupe car on obtient des résultats positifs non seulement avec les *cultures* de la souche Reiter ou d'autres souches de *T. pallidum*, mais aussi bien avec *T. microdentium* ou *T. macrodentium*. Les antigènes préparés avec ces diverses souches donnent un faible et variable pourcentage de réactions non spé-

cifiques avec le sérum de sujets normaux ou tuberculeux, ou cancéreux ou fiévreux; ce pourcentage est particulièrement élevé dans la lèpre et le paludisme, comme avec les réactions de Wassermann ou de floculation. Cependant le liquide céphalo-rachidien des non syphilitiques ne donne pas de réactions non spécifiques.

Les antigènes spirochétiens préparés avec les *syphilomes* testiculaires aigus du lapin donnent un plus haut pourcentage de réactions positives spécifiques avec les sérums syphilitiques et un plus faible pourcentage de fausses réactions positives avec les sérums non syphilitiques que les antigènes préparés avec les cultures de *T. pallidum*.

La valeur de ces antigènes spirochétiens reste donc encore indécise. D'après l'enquête du Comité du séro-diagnostic de la syphilis, en 1941, l'antigène de Kolmer serait moins sensible que celui des tissus ou des extraits lipoïdiques, sauf celui de la réaction d'Eagle.

Un mélange d'antigènes spirochétiens et d'antigènes tissulaires ou lipoïdiques est plus sensible que les antigènes spirochétiens purs, mais moins que les antigènes usuels. A. TOURAINE.

R. LAPORTE, J. J. PEREZ et L. HARDRE DE LOOZE. — **Communication sur les propriétés antigéniques de la réagine syphilitique.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, n°s 7-8, juillet-août 1946, pp. 678-681.

Les complexes lipido-protidiques insolubles qui sont formés par les globulines réactionnelles des sérums syphilitiques s'unissant avec les phospho-amino-lipides d'organes sains, constituent des antigènes très actifs. Par inoculation de ces complexes au lapin on obtient des sérums réagissant spécifiquement sur le sérum d'individus syphilitiques d'une autre espèce (l'homme dans le cas présent). Dans les conditions de l'expérience, ces résultats ne peuvent être interprétés que comme démontrant l'existence d'anticorps spécifiques de la réagine syphilitique. On a donc à faire ici à de véritables anti-anticorps puisque la réagine elle-même est un anticorps. Il est naturel que les modifications qualitatives qui transforment les globulines sériques en anticorps leur confèrent en même temps des propriétés antigéniques nouvelles. L'existence des anti anticorps et leur intervention possible au cours des réactions immunitaires révèle la complexité extraordinaire du mécanisme de réponse sérologique de l'organisme à l'introduction d'éléments étrangers, infectieux ou toxiques, dans le milieu intérieur.

F. COSTE.

N. SHERWOOD et C. COLLINS (Lawrence, U. S. A.). — **Etudes qualitatives et quantitatives des réagines chez les lapins normaux et syphilitiques** (Qualitative and quantitative studies of reagin in normal and syphilitic rabbits). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 6, novembre 1946, pp. 571-580, 7 diagrammes, bibliogr.

Kahn a décrit, en 1940-1941, sa technique pour différencier les réagines normales et syphilitiques. A la température de 1° les réagines normales donnent une réaction plus forte que les syphilitiques; c'est l'inverse à 37°; s'il n'y a pas de différence entre 1° et 37°, la réagine est dite indifférente (inconclusive type). Pour Chargin et Rein (1941), d'après 1.565 sujets, cette technique n'a que peu de valeur; ils admettent un parallélisme entre le titre de réagine du sérum et le type de réaction obtenue. Scott et ses collab. (1945) admettent que les réactions, vraies et fausses, sont parallèles au titre de floculation.

Les auteurs ont procédé à des réactions sur 74 lapins syphilitiques, d'après les méthodes standard de Kolmer, Kahn et Kline et d'après la technique de différenciation par la température de Kahn. Ils concluent que :

1° Tous les lapins normaux renferment une proportion appréciable de réagines

en une ou plusieurs occasions quand les réactions sont répétées pendant plusieurs semaines. On ne saurait donc admettre, comme on le fait souvent, qu'une espèce animale a plus ou moins de réagines, si un grand nombre de ses représentants n'a pas été examiné à maintes reprises.

2° La teneur en réagine des lapins normaux est toujours basse et n'a atteint qu'une seule fois 8 unités Kahn. Sur 52 lapins syphilisés et étudiés par la méthode de Kahn de différenciation à la température, 6 seulement ont montré le type syphilitique de réagine, 2 le type normal et 44 une combinaison variable des types biologique, syphilitique et indifférent.

3° Il existe de grandes variations dans le titre de la réagine durant la période d'augmentation de celle-ci et dans le délai que met la réagine à redevenir normale.

4° Il n'y a pas de corrélation entre le titre et le type de réagine.

5° La méthode de Kahn de différenciation à la température ne montre pas de différence qualitative entre la réagine du lapin normal et celle du lapin syphilisé; elle est l'indice de fluctuations dans les facteurs non spécifiques qui entrent dans la précipitation du complex réagine-antigène. A. Touraine.

Puccinello (Palerme). — **Le comportement de l'anticorps antitréponémique et de l'anticorps antilipoïdique dans le traitement de la syphilis récente** (Il comportamento dell' anticorpo antitreponemico e dell' anticorpo antilipoideo durante il trattamento della sifilide recente). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. 1, avril 1946, pp. 15 à 28, Bibliographie.

La réaction de Bordet-Wassermann, après avoir été considérée au début de sa découverte comme une réaction immunitaire, apparut plus tard comme une simple manifestation de modifications physico-chimiques du sérum des syphilitiques. Actuellement on tend à revenir à la première conception par suite des résultats obtenus par l'emploi d'antigènes constitués par des suspensions de spirochètes. L'emploi de ces antigènes a permis d'établir qu'il existait dans le sang des syphilitiques deux anticorps distincts, l'un provoqué directement par le spirochète, et l'autre par des lipoïdes organiques

L'A. a entrepris des recherches pour étudier le comportement de ces deux anticorps dans la syphilis récente sous l'action du traitement, et en se conformant à certaines conditions techniques qui ne peuvent se résumer.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Les deux réagines ne sont aucunement influencées. ni par l'âge, ni par le sexe, ni par les modalités d'administration de l'arsénobenzol.

2° Le taux des deux anticorps subit de fréquentes et amples oscillations dès le début du traitement et pendant toute la durée de la cure. Ces oscillations sont plus fréquentes et plus amples aux dépens de l'anticorps antilipoïdique et pendant la période secondaire de l'infection

3° Sous l'influence du traitement, la disparition de l'anticorps antitréponémique est plus précoce que celle de l'anticorps antilipoïdique. Mais, au contraire, dans le traitement de la syphilis récente c'est l'inverse qui s'observe. L'auteur discute les hypothèses qui peuvent être envisagées pour expliquer ces différences de comportement. Belgodère.

Giuseppe Mezzadra (Padoue). — **Sur les rapports entre la courbe pathergique et la courbe sérologique dans l'infection syphilitique** (Sui rapporti tra a curva patergica e curva sierologica nella infezzione sifilitica). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **48**, fasc. 6, décembre 1943, pp. 739 à 758.

Les épreuves intradermiques chez les syphilitiques au moyen de produits dérivés du tréponème n'ont pas donné en général de résultats bien probants, mais depuis

que Dujardin a mis en évidence l'hétéro-allergie des syphilitiques, on a étudié la réactivité cutanée chez ces sujets au moyen d'excitations aspécifiques. Ces recherches n'ont pas seulement une portée théorique, mais aussi pratique : on a pensé ainsi pouvoir prévenir les accidents dus à l'arsénobenzol par des essais pratiqués avec ce médicament.

Pour étudier la réactivité cutanée des syphilitiques il convient, au point de vue technique, d'utiliser la méthode pathergique de Von Groer, qui donne des résultats beaucoup plus précis que les méthodes précédemment employées. Cette méthode se base sur les deux lois suivantes :

1° La dimension des réactions qui correspondent aux diverses doses de l'excitant varie en raison de la situation pathergique différente du substratum exploré.

2° Les dimensions des réactions varient selon la variation de concentration de l'excitant et d'une manière plus précise suivant le logarithme décimal négatif de l'excitant lui-même.

Des recherches dans ce sens ont été déjà effectuées par divers auteurs mais sans recourir à la méthode pathergique. Elles ont cependant été concordantes pour démontrer que, dans la syphilis, dans un grand nombre de cas il se produit une chute de la réactivité qui tend à diminuer de la période primaire à la période secondaire jusqu'à atteindre ses valeurs les plus basses dans les formes latentes et asymptomatiques.

Par contre, pour ce qui concerne les réactions sérologiques, leur intensité tend à augmenter avec la durée de l'infection. Les deux phénomènes réactivité cutanée et réactivité sérologique retournent à la normale par le traitement spécifique.

Ce comportement inverse a inspiré à l'auteur ses recherches. Il s'est proposé d'étudier les rapports d'interdépendance entre les deux phénomènes afin d'en tirer des conclusions théoriques ou pratiques.

Comme réactifs, il a utilisé la tuberculine en concentrations à 1 0/00 et 1 0/000 et la morphine aux mêmes concentrations. En même temps que les épreuves pathergiques on prélevait du sang pour les réactions sérologiques. Les épreuves ont porté sur 14 luétiques en période primaire et 15 en période secondaire.

Ces recherches ont montré que, si dans la syphilis il se produit une chute de la réactivité qui peut aller jusqu'à l'anergie, cette chute débute bien avant la période secondaire, dès la période primaire et même dans la période présérologique. Ce fait démontre que la chute de la réactivité qui a été déjà observée par d'autres auteurs pendant la période secondaire n'est pas due à la présence des accidents secondaires et il serait du reste surprenant que des manifestations réactives spontanées puissent être l'expression d'une anergie. D'après l'auteur ce sont précisément ces manifestations réactives spontanées qui donnent lieu à la production de substances inhibitrices qui, se répandant dans la circulation, exercent une action générale, ainsi que cela se produit du reste dans toutes les manifestations cutanées. Donc, si la chute de la réactivité qui s'observe tout au début est bien due à l'infection luétique, l'anergie de la période secondaire a au contraire un caractère médiat : c'est-à-dire qu'elle est consécutive à des manifestations cutanées de caractère inflammatoire.

Quant à l'évolution opposée de la courbe de réactivité et de la courbe sérologique elle semble pour l'A. devoir être attribuée à l'entrée en jeu de substances (anticutines et procutines) qui se déversent des tissus dans le sérum.

BELGODÈRE.

M. BAGROS et Mlle BLANC. — **Note sur les réactions sérologiques au sérum frais.** *Société française de Chimiothérapie et de Sérologie*, 8 décembre 1945, *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, pp. 344-348.

Quoique inférieures à celles de floculation, les réactions d'hémolyse conservent

leurs indications. Les auteurs proposent une modification de la réaction de Hecht en deux temps qui utilise une émulsion d'hématies de mouton à 20 o/o.

A. TOURAINE.

Jean GATÉ. — **Le problème actuel de la sérologie dans le diagnostic de la syphilis.** *Lyon Médical*, t. **176**, n° 43, 27 octobre 1946, pp. 257-260.

Gaté s'émeut à juste titre des résultats fantaisistes et contradictoires fournis présentement par les réactions de floculation dans le diagnostic de la syphilis. Il rapporte, à titre d'exemple, une observation type où malgré un Wassermann nettement négatif, un traitement fut institué en raison de réactions de Kahn et de Meinicke plus ou moins positives. A l'origine de ces méfaits (désarroi semé dans les familles, traitements intempestifs) l'auteur accuse la difficulté pour les sérologistes de se procurer de bons antigènes. Par contre, pratiqués dans d'excellentes conditions de prise de sang, et dans un laboratoire qualifié, le Wassermann et les réactions d'hémolyse qui en sont dérivées gardent toute leur valeur. Ce cri d'alarme était nécessaire à une époque où la sérologie devient obligatoire.

JEAN LACASSAGNE.

G. COLLE. — **Les épreuves de floculation dans la pratique courante du sérodiagnostic de la syphilis.** *Le Scalpel*, n° 35, 30 novembre 1946, pp. 717-722, bibliogr.

Revue générale des réactions de floculation classiques (r. de Sachs, de Meinicke I et II, de Kahn standard et présomptive, r. de Eagle et celle de Hinton, r. de Müller, r. de Koudo) et des micro-réactions (r. de Kline, de Bertrand, de Chediak, de Guo). Ces diverses réactions ont une valeur relative et doivent être contrôlées.

L. GOLÉ.

P. MOUNIER. — **Les micro-réactions en sérologie** *Annales de Biologie clinique*, t. **3**, n° 9, novembre 1945, pp. 225-233.

Revue générale sur la technique du prélèvement de sang et sur celle des micro-réactions de Hecht, de Meinicke, de Kahn, etc.

Note sur une méthode de conservation des produits utilisés dans les réactions d'hémolyse.

A. TOURAINE.

A. SUCHET. — **Une réaction de micro-séro-dépistage avec l'antigène présomptif de Kahn et lecture à l'œil nu** *Société française de Chimiothérapie et de Sérologie*, 8 décembre 1945, *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, pp. 349-350.

Exposé de la technique qui utilise 2 micro-gouttes (0 cm³ 025 de sérum) 2 micro-tubes et 0 cm³ 033 d'antigène. Les réactions douteuses au macro-Kahn standard deviennent ainsi positives.

A. TOURAINE.

VAHL. — **Une micro-technique de diagnostic sérologique de la syphilis et son application à la sérosité du chancre.** *Soc. française de Biologie clinique*, 28 février 1946.

Exposé de la technique personnelle de l'auteur qui pratique une réaction de floculation sur un prélèvement de quelques millimètres cubes de sang.

Cette technique lui a permis de faire des réactions avec la sérosité du chancre. Celles-ci sont entièrement superposables en temps et en intensité à celles qui sont obtenues simultanément avec le sérum sanguin du malade.

A. TOURAINE.

BOCK (Oran). — **Technique séroscopique de diagnostic de la syphilis.** *Société française de Biologie clinique*, 18 avril 1946.

Cette microréaction comporte l'usage d'un antigène de Kahn coloré par le

Soudan III. Une goutte de cette émulsion d'antigène est mélangée avec une goutte de sérum inactivé. Des flocons sont visibles à l'œil nu en 15 minutes.

Cette technique serait particulièrement indiquée pour les examens en série.

A. Touraine.

Mestdagh. — **Réaction de Chediak.** *Soc. belge de derm. et de syph.*, 16 juin 1946, *Bruxelles Médical*, n° 18, 21 juillet 1946, p. 805.

Statistique de 300 cas. La réaction est un peu moins sensible que celle de Bordet-Wassermann. Elle peut être pratiquée sur l'humeur aqueuse. Elle est plus sensible que sur le sérum sanguin.

Micro-réaction de floculation facile et très pratique.

L. Golé.

L. H. Alaerts. — **Les réagines syphilitiques dans l'humeur aqueuse.** *Bruxelles Médical*, n° 1, 5 janvier 1947, pp. 20-22.

L'auteur pratique la réaction de Chediak dans l'humeur aqueuse. Cette réaction était toute indiquée étant donnée la petite quantité de liquide (une goutte) qu'il est nécessaire de prélever (la méthode de prélèvement serait inoffensive et moins pénible que la ponction lombaire). La lecture de la floculation n'est, d'autre part, pas gênée par la présence des globules sanguins.

Il y a, parallèlement à la réaction de floculation positive, une augmentation du taux de l'albumine, témoin d'une inflammation torpide des membranes oculaires ayant permis aux réagines de forcer les barrières capillaires (mécanisme analogue à celui qui provoque l'atteinte du liquide céphalo-rachidien).

Cette réaction de Chediak dans l'humeur aqueuse serait plus précoce et en tout cas contemporaine de la positivité dans le sérum sanguin au cours de la syphilis récente, et, dans la plupart des cas, les résultats se superposent.

Un autre réactif pouvait être employé dans le même but : le réactif de Ford Robertson (de Glasgow).

L. Golé.

Coricciati. — **Sur les réactions sérologiques retardées** (Sulle reazioni sierologische ritardate). *Il Dermosifilografo*, année **20**, n°s 7-8, juillet-août 1946, pp. 177 à 180.

Souvent les sujets atteints d'accidents primaires se présentent au médecin après avoir fait sur l'ulcération des applications antiseptiques. Alors l'examen bactériologique est négatif. On décide en ce cas d'attendre le résultat de l'examen sérologique. Si celui-ci se montre également négatif, on est porté à éliminer la syphilis. Il convient de se méfiier, car dans certains cas la positivité des examens se trouve retardée, parfois même le Bordet-Wassermann ne devient négatif qu'après l'apparition des accidents secondaires. Il convient donc en pareil cas de se montrer réservé et de soumettre le malade à une observation assez prolongée. L'apparition de la positivité ne se manifeste parfois qu'au bout de 60 jours. Quelques cas cités à l'appui de cette opinion.

Belgodère.

Luigi Ricciardi (Rome). — **Evolution des réactions sérologiques chez des luétiques initialement séronégatifs soumis à un traitement mixte arséno-bismuthique** (Evoluzioni delle reazioni sierologiche in luetid inizialmente sieronegativi, settopesti a terapia mista ASBZ-Bismutica). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. 4, août 1943, pp. 482 à 499. Bibliographie.

Comme tous les travaux analogues, cette étude est une suite de tableaux et de graphiques qui ne se prête guère à une analyse et l'on doit se borner à reproduire les conclusions de l'auteur.

Il a cherché à examiner les variations sérologiques que, pendant toute la première période de traitement, présentent les syphilitiques à réaction de Bordet-Wassermann primitivement négative. Le traitement consistait en injections intra-

veineuses d'arsénobenzol associées à des injections intramusculaires d'une suspension huileuse de bismuth, deux injections par semaine de manière à injecter un total de 5 gr. 10 d'arsénobenzol et de 1 gr. 50 de bismuth métallique. La durée de la cure était de 70 jours. Le prélèvement de sang était effectué au début de la cure et aussitôt avant chacune des injections intraveineuses et les examens sérologiques consistaient simultanément en une réaction de Bordet-Wassermann, une M K R II et la réaction R. Citochol.

Des résultats obtenus l'auteur conclut :

1° La M K R II devient positive en moyenne au 12e jour de l'apparition du chancre avec une précocité notable par rapport aux autres réactions et elle se montre en outre beaucoup plus résistante au traitement.

2° Lorsque les trois réactions pratiquées sont complètement négatives, cette négativité sérologique persiste durant toute la première période de traitement dans 100 o/o des cas.

3° Inversement les sujets avec M K R II initialement positive, bien que la période d'état du syphilome ne soit pas essentiellement modifiée, se comportent d'une manière tout à fait différente : 30 o/o des cas présentent une chute de la M K R II après une période plus ou moins courte, le Bordet-Wassermann et le Citochol restant négatives. Les 20 o/o donnent une positivité de très courte durée dans les trois réactions (crochet). Enfin 45 o/o donnent une positivité qui persiste en moyenne de 3 à 7 semaines (plateau). BELGODÈRE.

G. LÉVY. — **Les réactions de Wassermann irréductibles**. *La syphilis viscérale tardive*. L'expansion scientifique française, éd. 1936, p. 59.

Les réactions sérologiques dites irréductibles (et qu'il vaudrait mieux dire résistantes ou rebelles) méritent d'être bien définies. Pour G. Lévy une réaction de Wassermann est dite irréductible lorsque « malgré un traitement intensif par les divers antisyphilitiques à leur dose maxima, elle demeure totalement positive pendant au moins deux ans, en l'absence de tout signe clinique, en particulier neurologique (liquide céphalo-rachidien normal). L'irréductibilité peut succéder à une période de réactions oscillantes, ces dernières pouvant s'observer dans la syphilis tardive (Sézary, Pernet et Gallerand) comme dans la syphilis plus récente.

Elle est presque exclusivement observée chez des malades insuffisamment traités au début.

Pour expliquer cette irréductibilité on a pu invoquer diverses pathogénies :

1° Perturbation physico-chimique des sérums. Pourtant l'hypercholestérinémie (Gougerot et Ragu) n'a pas été retrouvée par Sézary, G. Lévy, Martinet et Barbara : le rapport sérine-globuline est variable (alors qu'il est en général abaissé dans la paralysie générale).

2° Il ne semble pas, d'autre part, qu'il existe des formes particulièrement résistantes du tréponème. L'hypothèse d'un enkystement possible ne vaudrait que pour quelques cas.

3° Enfin, la réaction à la luétine qui pouvait renseigner sur les phénomènes d'allergie ou d'anergie chez le syphilitique est variable chez les malades à réactions sérologiques irréductibles.

Cette irréductibilité « dont le mécanisme nous échappe » est rare si l'on s'en tient aux termes de sa définition. Elle serait, pour l'auteur, de 2 o/oo, de 1 sur 1.200 pour d'autres auteurs (Petges et Joulia, Pautrier, Sézary et Barbara).

Son pronostic est réservé et l'affection est susceptible de réveils cliniques.

Cependant G. Lévy autoriserait même le mariage à condition d'instituer le traitement chez la femme enceinte et celui de l'enfant.

On évitera cette irréductibilité par le traitement d'assaut de la syphilis présérologique ou sérologique, par le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique.

Devant un Wassermann irréductible, il faudra reprendre un long traitement d'attaque qui se prolongera pendant 2 ans, suivi d'un traitement de consolidation pendant 2 ans, et de sécurité pendant au moins 4 ans.

Cependant certains auteurs (Clément-Simon, Milian) ont eu de bons résultats par le simple repos, sans médicament, ou avec une cure à la mer ou à la montagne. Le repos thérapeutique augmenterait les anticorps normaux du sang.

On pourrait associer au traitement antisyphilitique les procédés de désensibilisation ou de choc : autohémothérapie, autosérothérapie (Cerf, Knebgen et Pawly), la peptone, les injections de lait, les produits endocriniens n'ont donné aucun résultat à l'auteur. Par contre les injections de Dmelcos ont été préconisées par Gougerot et Thiroloix, les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude par Ravaut, Bocage et Richon (action passagère), les préparations d'huiles soufrées (Schrœder); les sels d'argent, les sels de terre rare tels que le chlorure de cérium ont une action inconstante, comme la malariathérapie (Kyrle) qui n'a donné aucun succès à Gougerot.

Les rayons ultra-violets, les réinjections de sang irradié ont été conseillés comme la radiothérapie de la rate qui s'est montrée inefficace.

Pour Marshall, la pénicilline pourrait, dans certains cas, négativer des réactions irréductibles. L. Golé.

Mari Sannino (Rome). — **Influence de l'érythrodermie arsénobenzolique sur les réactions sérologiques et sur l'évolution de la syphilis** (Influenza dell'eritrodermia arsenobenzolica sulle reazioni sierologische e sul decorso della sifilide). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*. vol. **871**, fasc. 5, novembre 1946, pp. 391 à 4081, Bibliographie.

L'auteur rappelle les notions maintenant bien connues sur le rôle protecteur de la peau soit contre les agents externes (exophylaxie) soit contre les agents internes (endophylaxie). Une des applications les plus importantes de ces notions résulte du rôle protecteur qui a été attribué à l'influence de l'érythrodermie arsénobenzolique sur l'évolution de la syphilis. Sannino fait une revue générale des travaux qui ont permis d'établir cette action protectrice. Bien qu'il s'agisse là de faits actuellement bien acquis et qui ne soulèvent plus guère de discussion, Sannino a voulu se faire une opinion personnelle en entreprenant une série de recherches de contrôle. Ces recherches ont porté sur des cas de syphilis secondaires (6 cas), sur des cas de syphilis primo-secondaire (41 cas), sur des cas de syphilis tertiaire (4 cas) et enfin sur la syphilis héréditaire (2 cas). Il a pu constater ainsi :

1° Que le phénomène cutané érythrodermique produit effectivement quelque chose de nouveau dans un sens favorable vis-à-vis de l'infection luétique, dans la majorité des cas.

2° Quand cette action favorable ne se manifeste pas à travers des améliorations sérologiques, le plus souvent, à la suite de l'accident cutané, l'action des médicaments spécifiques montre une efficacité plus grande comme si le sujet était devenu plus sensible à ces médicaments.

3° Que, si parfois l'action de l'accident cutané reste nulle au point de vue d'une amélioration, elle est en tout cas indifférente et jamais on ne constate d'aggravation dans l'évolution de la maladie.

Cependant l'A. est d'avis que l'on ne doit pas tirer de ces constatations des conclusions qui peuvent avoir la valeur de règles absolues car, à son avis, l'épisode érythrodermique n'agit favorablement qu'en fonction de la période dans laquelle se trouve l'infection luétique, et aussi selon l'état des différents organes,

et des localisations du virus. Il serait fort intéressant d'entreprendre des recherches sur la période de l'infection, sur l'état clinique général des sujets qui ont montré peu de sensibilité sérologique vis-à-vis de l'incident cutané. On tirerait vraisemblablement de ces recherches des données qui permettraient d'expliquer les diversités de comportement. BELGODÈRE.

L. ROUQUÈS. — **La valeur séméiologique de la dissociation des réactions du benjoin colloïdal et de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien.** *La Presse Médicale*, n° 37, 10 avril 1947, p. 524.

La dissociation benjoin subpositif-Wassermann négatif s'observe dans la sclérose en plaques et parfois dans la syphilis nerveuse. Une observation de sclérose combinée syphilitique est rapportée. A deux reprises cette dissociation, ayant été constatée, avait fait éliminer la syphilis (benjoin type paralytique, type albuminose nette, lymphocytose accusée). Une troisième ponction faite 2 ans après montre un Wassermann positif et permet d'affirmer l'origine syphilitique des troubles nerveux. Un traitement mixte amène la régression de la réaction méningée, sans amélioration clinique. Rouquès étudie, à propos de ce malade, la valeur séméiologique de cette dissociation. H. RABEAU.

DIVERS. — **Etude critique inter-Etats des méthodes sérologiques en 1942** (Interstate Evaluation Study of Serologic Methods, 1942). *Venereal Disease Information*, t. **23**, n° 10, octobre 1942, pp. 355-359.

Ce rapport annuel du Comité pour l'appréciation des méthodes de diagnostic de la syphilis donne les résultats comparatifs obtenus, avec chaque méthode, par les laboratoires des divers États des U. S. A. Ces résultats sont assez largement divergents d'un État à l'autre. Nous nous contenterons, pour estimer la valeur des diverses méthodes, d'indiquer en pourcentages les résultats obtenus par le laboratoire de contrôle pour 239 sérums de syphilitiques et 129 sérums de sujets non syphilitiques.

1° RÉACTIONS DE FLOCULATION.

Méthode de macrofloculation d'Eagle. — Groupe syphilitique : + 89,1, ± 2,9, — 7,9. Sensibilité : 90,6. — Groupe non syphilitique : — 94,3, ± 3,3, + 2,5. Spécificité 96.

Méthode de microfloculation d'Eagle. — Groupe syphilitique : + 91,6, ± 0,8, — 7,5. Sensibilité 92,0. — Groupe non syphilitique : — 92,6, ± 4,1, + 3,3. Spécificité 94,7.

Méthode régulière de floculation de Hinton. — Groupe syphilitique : + 89,1, ± 0, — 10,9. Sensibilité 89,1 — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Méthode rapide de floculation de Hinton. — Groupe syphilitique : + 89,1 ; ± 0, — 10,9. Sensibilité 89,1. — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Méthode de précipitation de Kahn standard. — Groupe syphilitique : + 77,7, ± 5,9, — 16,4. Sensibilité 80,7. — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Méthode de précipitation de Kline diagnostique. — Groupe syphilitique : + 79,5, ± 7,1, — 13,4. Sensibilité 83,1. — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Méthode de floculation de Mazzini. — Groupe syphilitique : + 87,9, ± 3,8, — 8,3. Sensibilité 89,8. — Groupe non syphilitique : — 99,2, ± 0,8, + 0. Spécificité 99,6.

2° Réactions de floculation hypersensibles.

Réaction de précipitation de Kahn présumptif. — Groupe syphilitique : + 86,6. ∓ 2,5, — 10,9. Sensibilité 87,9. — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Réaction de précipitation de Kline exclusion. — Groupe syphilitique : + 87,0, ± 2,9, — 10. Sensibilité 88,5. — Groupe non syphilitique : — 100, ± 0, + 0. Spécificité 100.

Réaction de précipitation de Kline exclusion contrôle. — Groupe syphilitique : + 90,8, ± 1,3, — 7,9. Sensibilité 91,5. — Groupe non syphilitique : — 97,6, ± 2,4, + 0. Spécificité 98,8.

3° Réactions de fixation du complément.

Réaction de fixation d'Eagle. — Groupe syphilitique : + 82,5, ± 4,7, — 12,8. Sensibilité 84,9. — Groupe non syphilitique : — 97,5, ± 2,5, + 0. Spécificité 98,8.

Réaction de fixation simplifiée de Kolmer. — Groupe syphilitique : + 84,9, ± 0, — 15,1. Sensibilité 84,9. — Groupe non syphilitique : — 100. Spécificité 100.

Réaction de fixation quantitative de Kolmer. — Groupe syphilitique : + 84,9, ± 0, — 15,1. Sensibilité 84,9. — Groupe non syphilitique : — 100. Spécificité 100.

A. Touraine.

E. Maillard et A. Orzel (New-York). — **Valeur de la réaction de fixation quantitativement standardisée dans le diagnostic et le traitement de la syphilis récente** (The value of the quantitatively standardized complement fixation test in the diagnosis and treatment of early syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 490-594, 3 diagr., bibliogr.

Étude sérologique de 693 syphilitiques primaires et secondaires traités à la pénicilline, d'après la réaction quantitative de fixation du complément de Wadsworth et Maltaner (*J. Immunol.*, **21**, 1931, p. 313; **29**, 1935, p. 151; **35**, 1938, pp. 93, 105, 217).

Sur 196 primaires, 44 avaient une sérologie négative avant le traitement : 17 ont viré légèrement vers le positif après le traitement. Sur ces 196 malades, la sérologie était encore négative dans 50 o/o des cas dans la première semaine du chancre, dans 25 o/o dans les deux premières, dans 5 o/o de la deuxième à la quatrième semaine. Dans 83 o/o des cas de syphilis primaire, le taux de la réaction était inférieur à 50.

Les 497 syphilitiques secondaires avaient, tous, une réaction positive, de titre supérieur à 50 dans 93 o/o des cas Le titre le plus haut a été de 150 pendant le chancre, de 630 en période secondaire (titre minimum nécessaire : 10).

325 malades ont été suivis sérologiquement de 3 à 10 mois après la pénicillothérapie. 211 (87 primaires, 124 secondaires) ont montré une décroissance régulière de la réaction jusqu'au négatif (titre 8); il a fallu 3 mois, jusqu'à négativation, pour les titres entre 10 et 50, 6 mois pour les titres plus élevés.

Les rechutes sérologiques, fréquentes après 60.000 à 600.000 U. de pénicilline sont devenues assez rares après 1.200.000 U. et 8 injections de 0 gr. 04 de mapharsen (20 o/o des syphilis primaires, 43 o/o des secondaires) le plus souvent après un délai de 3 mois pour la syphilis primaire, de 6 mois pour la secondaire (le plus souvent avec rechute clinique). La rechute sérologique coïncide en général avec la rechute clinique; elle lui est quelquefois postérieure.

A. Touraine.

L. Robbins et W. Green. — **Rapport préliminaire sur la campagne sérologique de San Antonio** (Preliminary Report on the San Antonio blood test campaign). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 8, août 1946, pp. 196-199, 3 tableaux.

Une campagne dont la publicité a été fortement organisée a engagé la population de San Antonio (350.000 habitants) dans le Texas à se faire pratiquer un examen sérologique. 40.573 prélèvements de sang ont été ainsi faits, dont 27.480 valables (les anglo-américains ont moins répondu que les américains d'origine latine ou nègre). Tous les sangs ont d'abord été examinés au Kline-exclusion; les Kline positifs ont été soumis au Mazzini et les Mazzini positifs au Kolmer ou au Kahn quantitatif. Les sujets à réaction positive ont été invités à un examen ultérieur. Les frais de l'opération ont été de 13.000 dollars, dont 5.300 pour le personnel.

Le pourcentage des réactions positives ou douteuses a été de 1,5 avant 10 ans, 1,3 de 10 à 14, 1,7 de 15 à 17, 4,1 de 18 à 20, 6,7 de 21 à 24, 8,2 de 25 à 29, 9,2 de 30 à 34, 11 de 35 à 39, 11,5 de 40 à 49, 11,6 de 50 à 60 et pour l'ensemble de 6,7 (1.841 sur 27.480 examens).

Dans les 3 mois qui ont suivi la campagne d'examens, le nombre des hospitalisations par mois, pour syphilis, s'est élevé de 83 à 158.

A. Touraine.

H. Hirsch-Marie. — **Rapport sur le dépistage microsérologique et le groupage sanguin chez les rapatriés de Paris et de la Seine.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **19**, n° 1, janvier 1947, pp. 50-54.

Le Meinicke-clarification R II s'est montré, dans l'ensemble, de bonne sensibilité; mais assez grande fréquence de réactions paradoxales; 2 à 4 o/o de réactions non spécifiques. L'auteur a surtout utilisé le Kline et le Kahn.

Sur 115.000 sérums examinés, 2.530 (2,2 o/o) réactions positives ou fortement douteuses. L'auteur estime que ce pourcentage est inférieur à la réalité. [Pas de mention ni de recherche des « fausses réactions positives » de la syphilis. *An.*].

A. Touraine.

Sulliard. — **Sérologie syphilitique des sénégalais.** *La Presse Médicale*, année **54**, année **54**, n° 37, 10 avril 1947, p. 524.

Le noir sénégalais présente fréquemment (27 o/o) une sérologie positive (floculation et hémolyse) sans qu'on puisse mettre en évidence un signe clinique de syphilis. Le traitement antisyphilitique reste sans action sur ces sérologies d'étiologie imprécise. On ne doit donc pas traiter un sénégalais sur la foi d'une sérologie positive, mais attendre la confirmation de manifestations cliniques : « Il conviendrait, peut-être, en songeant aux anomalies sériques du noir, d'être circonspect dans la traduction de certaines sérologies positives du blanc.

H. Rabeau.

X... — **Comment se débarrasser de la syphilis.** *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, n° 5, mai 1946, pp. 361-362.

La ville de Birmingham (Alabama, U. S. A.) a rendu obligatoire le traitement des syphilitiques et, pour dépister ceux-ci, un examen sérologique de tous les citoyens. 287.987 prélèvements de sang ont donné 2 o/o de réactions positives chez les blancs et 30 o/o chez les noirs; 2.000 personnes ont été hospitalisées.

A. Touraine.

R. Arnaud, L. Lege et Mlle Bernard. — **Dépistage de la syphilis ignorée.** *Recueil des travaux de l'Institut national d'hygiène*, t. **2**, vol. **2**, 1946, pp. 766-783.

L'examen sérologique de 1.868 employés d'une administration a révélé 51 réactions positives (2,71 o/o); 28 de celles-ci ont été complétées par un examen clinique

ou un interrogatoire qui a révélé dans 5 cas des signes rattachables à la syphilis; aucun des autres n'a fourni quelqu'autre argument en faveur de cette maladie. 37 de ces sujets ont cependant été mis au traitement spécifique que 11 seulement paraissent avoir suivi régulièrement pendant un ou deux ans (5 d'entre eux ont présenté des signes d'intoxication médicamenteuse dont 2 érythrodermies); 23 ont été l'objet d'un nouvel examen sérologique après traitement (entre 3 et 10 mois après le premier), les réactions sont devenues alors négatives chez 18 d'entre eux.

Les A. rappellent les enquêtes analogues de Fourestier (*Presse médicale*, 27 mars 1943) sur 1.127 sujets avec 3,2 o/o de réactions positives, sans notion antérieure de syphilis, de Gil Robert (*Thèse*, Paris, 1934) sur 661 sujets avec 6,2 o/o de réactions de Vernes positives, de Boisseau, Bouisset et Pellegrin (*Prophylaxie antivénérienne*, septembre 1942) sur 1.658 sujets avec 7,66 o/o de réactions positives et sur 268 travailleurs partant en Allemagne avec 5,22 o/o de réactions positives.

[Tout en citant la seule thèse de Vandermalière sur les réactions positives après sulfamides, les A. ne paraissent pas avoir tenu compte des importants travaux récents sur les fausses réactions sérologiques et concluent qu'ils ont ainsi dépisté des syphilis ignorées; ils demandent donc que ces examens en série soient rendus réglementaires dans les collectivités et plusieurs fois dans l'existence; ils demandent aussi que le traitement antisyphilitique soit alors obligatoire et soumis à une surveillance médicale et sociale. Je fais les plus grandes réserves sur des conclusions aussi hâtives. Affirmer le diagnostic de syphilis sur la seule foi d'une unique sérologie positive expose à des erreurs fréquentes et graves de conséquences. La question est infiniment plus complexe que semblent le penser les A., *An.*].

A. Touraine.

I. Wolman (New-York). — **La réaction de Kahn ; sa fréquence et sa signification chez l'Américain sain** (Positive reactions to the Kahn test for syphilis ; their incidence and meaning in healthy American men). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 3, septembre 1946, pp. 280-288, 6 tableaux, bibliogr.

L'enquête sérologique de Vonderlehr et Usilton (*J. A. M. A.*, **120**, 1942, p. 1369) a porté sur 2.000.000 d'Américains; elle a donné des résultats positifs ou douteux chez 45,3 o/o sujets. Celle de Eagle, en 1941, concernait 40.545 étudiants avec 190 réactions positives dont 128 sont redevenues négatives à un examen de contrôle (donc erreurs de technique) et 62 sont restées positives (dont 26 dues à une syphilis réelle et 36 sans raison décelable).

L'auteur a pratiqué une réaction de Kahn chez 82.070 recrues du nord-est des U. S. A., enrolées dans la Marine de 1943 à 1945 et paraissant saines; 257 réactions positives mais non contrôlées par un second examen étaient à éliminer, 260 autres étaient dues à une syphilis acquise et 41 à une syphilis congénitale, mais 86 (0,105 o/o du total et 13,4 o/o des réactions positives) étaient chez des sujets non syphilitiques.

Ces proportions sont restées les mêmes aux différents âges.

A. Touraine.

J. Lubitz. — **Etude critique clinique des séro-réactions de la syphilis dans 8.000 cas** (Clinical evaluation of serologic tests for syphilis in eight thousand cases). *Illinois Medical Journal*, t. **89**, janvier 1946, pp. 20-25.

8.000 examens sérologiques ont été pratiqués, dans un hôpital de la Marine, par le Kahn-standard qualitatif et le Kolmer. 226 réactions positives (2,9 o/o) par une ou plusieurs méthodes. La fréquence des fausses réactions positives a été de 0,4 o/o sur l'ensemble et de 16,8 o/o sur les réactions positives.

31 des réactions positives se sont démontrées fausses au nom de l'interrogatoire, de l'examen, de l'existence de causes connues de telles réactions, par la négativité

persistante au cours d'examens ultérieurs. Ces fausses réactions ont été dues : dans 10 o/o à la pneumonie atypique et aux infections de l'appareil respiratoire supérieur, dans 6 o/o au paludisme, dans 5 o/o à la vaccination jennérienne, dans 1 o/o à la scarlatine, lèpre, balanite, diabète, ictère, mononucléose infectieuse, tuberculose, dans 2 o/o à une réaction biologique de cause indéterminée.

Sur 188 réactions authentiques, 132 étaient chez des syphilitiques avérés, 56 chez des syphilitiques probables.

La réaction de Kahn a donné plus de fausses réactions positives que le Kolmer. Dans les syphilis traitées ou latentes, le Kolmer a été plus souvent positif que le Kahn. A. TOURAINE.

H. EAGLE. — **Sur la spécificité des réactions sérologiques de la syphilis, telle qu'elle ressort de 40.545 réactions dans une population d'étudiants** (On the specificity of serologic tests for syphilis as determined by 40.545 tests in a college-student population). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **25**, janvier 1941, pp. 7-15.

40.545 réactions ont été pratiquées dans la population des deux sexes de 25 universités américaines; 62 (0,15 o/o) ont été positives. Dans 21 cas, la syphilis était avérée au nom de signes ou d'antécédents, dans 5 un traitement spécifique avait été suivi. Mais dans 36 cas, il n'existait aucune probabilité en faveur de la syphilis.

Faisant la critique de ces derniers cas, Eagle arrive à conclure que 10 d'entre eux représentent des fausses réactions positives, mais que le pourcentage de celles-ci est si faible qu'il ne diminue pas la valeur des mesures générales que l'on peut être amené à prendre, dans l'intérêt public, sur la foi des enquêtes sérologiques.

A. TOURAINE.

G. FAGET. — **Fréquence des réactions de Kolmer et de Kahn positives dans la lèpre** (Evaluation of positive Kolmer and Kahn tests in Leprosy). *Venereal Disease Information*, t. **25**, n° 5, mai 1944, pp. 133-137, bibliogr.

Des enquêtes du Service de Santé des U. S. A., en 1935 et en 1942, il résulte que les réactions sérologiques de la syphilis sont positives en moyenne dans 59 à 49 o/o des lèpres (variant entre 14 et 76 o/o). L'enquête actuelle porte sur 695 lépreux. Sur 27 lèpres tuberculoïdes, 7,4 o/o des Kolmer et des Kahn ont été positifs; pour 141 lèpres nerveuses, ces pourcentages sont de 12,8 et 13,7; pour 200 lèpres cutanées de 55,0 et 55,6; pour 308 formes mixtes de 47,7 et 48,4.

L'anticorps qui donne ces réactions positives dans le sang des lépreux est renfermé dans l'euglobuline du sérum. A. TOURAINE.

L. KANE et P. HENNEMAN (U. S. A.). — **Réactions de Hinton faussement positives après varicelle.** (False-positive Hinton Reactions following Chicken-Pox). *New-England Journal of Medicine*, t. **233**, 1945, p. 407.

Sur 22 varicelleux, 5 réactions de floculation de Hinton passagèrement positives, ainsi qu'une réaction de Kahn; la réaction de Wassermann est toujours restée négative. Il s'agissait d'enfants chez lequels la syphilis ne pouvait pas être suspectée.

La plus précoce de ces fausses réactions est apparue 7 jours après le début de l'éruption; l'une d'elles a persisté 51 jours. A. TOURAINE.

A. HEYMANN et E. WEBB. — **Fausses réactions sérologiques de la syphilis dans le lymphogranulome vénérien** (False positive serologic reactions for syphilis in lymphogranuloma venereum). *Journal of Venereal Diseases Information*, t. **27**, 1946, p. 122.

On a déjà signalé ces fausses réactions dans le lymphogranulome vénérien; l'hyperprotéinémie a été accusée d'en être la cause.

Les auteurs ont étudié la sérologie de 25 malades atteints de cette affection dont 13 avaient simultanément la syphilis. Chez les 12 autres, 3 avaient de fausses réactions positives, mais sans rapport avec une hyperprotéinémie. Ces fausses réactions persistent 2 à 3 semaines et disparaissent avec la guérison du bubon

A. TOURAINE.

X.... — **Fausses réactions sérologiques positives dans l'hépatite infectieuse** (False positive serology in infections hepatitis). *Bulletin of U. S. Army Medical Department*, News and comment., n° 80, septembre 1944, p. 4.

Sur 63 soldats soignés en Sicile pour une hépatite infectieuse, 15 ont eu une réaction nettement positive ou douteuse après le début clinique de l'ictère. Dans 8 ou 9 cas, lorsque les réactions de Kahn et de Wassermann ont été toutes deux positives, celle de Kahn l'a été de manière plus forte et plus durable.

Ces réactions persistent généralement 3 semaines (7 dans un cas).

A. TOURAINE.

S. DE SÈZE, P. ORDONNEAU et S. GODLEWSKI. — **Ictère hémolytique acquis, avec anémie intense et splénomégalie. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke positives. Guérison et négativation des réactions sérologiques sans traitement antisyphilitique.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, n°s 8-9-10-11-12, séance du 1er mars 1946, pp. 143-145.

Présentation d'un cas, avec bibliographie des faits semblables. Les réactions de Kahn et Meinicke ont suivi une évolution semblable à celle du Bordet-Wassermann. Déglobulisation importante, comme il est de règle en pareil cas.

F. COSTE.

A. FLORMAN et A. WEISS (U. S. A.). — **Réactions sérologiques dans la pneumonie primitive atypique** (Serologic Reactions in primary atypical Pneumonia). *Journ. Lab. and Clin. Med.*, t. **30**, 1945, p. 902.

Sur 46 malades, 6 (17 o/o) ont eu des réactions de la syphilis passagèrement positives pendant la convalescence et 6 autres des réactions douteuses. D'autres réactions sérologiques (streptocoque, etc.) restaient, par contre, négatives chez ces sujets.

A. TOURAINE.

ET. BERNARD et B. KREIS. — **« Pneumonie atypique » primitive d'étiologie inconnue et infiltrats labiles** *Soc. d'études scientifiques sur la tuberculose*, 12 octobre 1946.

Cas assez fréquents de foyers pulmonaires, à début grippal, avec toux persistante, siégant surtout dans les lobes inférieurs et répondant souvent à un territoire bronchique. Images radiologiques mobiles, régressant en quelques jours ou quelques semaines. Légère leucocytose, éosinophilie faible ou nulle, sédimentation globulaire très accélérée. Souvent réactions de fixation et de floculation de la syphilis temporairement positives. Histologiquement : lésions de broncho-pneumonie interstitielle avec prédominance de mononucléaires; foyers d'atélectasie. Il s'agit probablement d'un virus filtrant, transmissible expérimentalement à l'homme. [Ce syndrome paraît bien correspondre à la pneumonie atypique des auteurs américains ou syndrome de Fanconi-Hegglin dont d'importants foyers épidémiques ont été signalés, depuis 1941, en Amérique du Nord et en Europe septentrionale. Cette affection détermine dans 34 o/o des cas des réactions sérologiques de la syphilis fortement ou moyennement positives jusqu'à la convalescence (Jahnel, 1941; Farkus, 1942; Sobye et Nielsen, 1942; Martin, 1943; Steinmann, 1943; Florman et Weiss, 1945). Il en est de même pour les cas collectifs de bronchite étudiés par Lindau (1939), Hartmann et Schöne (1942), de naso-pharyngite de Loveman (1944), etc. *An.*].

A. TOURAINE.

A. Loveman. — **Réactions de la syphilis faussement positives. Rapport sur 100 cas après immunisations réglementaires et infections de l'appareil respiratoire supérieur** (False positive serologic reactions for syphilis. Report of 100 cases following routine immunizations and upper respiratory infections). *Bulletin of U. S. Army Medical Department*, nº 80, septembre 1944, pp. 95-106.

Résultats de l'étude de 100 hommes d'une garnison qui ont eu des réactions sérologiques de la syphilis positives au cours d'une épidémie de naso-pharyngite et qui ont subi les vaccinations réglementaires dans l'Armée.

Si l'on suspecte qu'il s'agit de fausses réactions, celles de Wassermann et de Kahn-quantitatif seront recommencées chaque semaine pendant au moins un mois. Si elles restent positives on maintiendra le malade en observation.

Le délai moyen pour que les réactions virent au positif avec la première vaccination est de 32 jours (variant de 5 à 120 jours).

Sur ces 100 malades, 97 niaient tout antécédent syphilitique; 93 avaient eu des réactions antérieures négatives dans le passé et 85 récemment.

La réaction de Kahn reste positive plus longtemps que celle de Wassermann.

A. Touraine.

R. Arthur et J. Hale. — **Fausses réactions positives de la syphilis après les vaccinations réglementaires dans l'Armée** (Biologic false positive tests for syphilis associated with routine Army immunizations). *Military Surgeon* (U. S. A.), t. **92**, janvier 1943, pp. 53-56.

Recherches chez 74 soldats dont toute syphilis antérieure pouvait être éliminée. 14 d'entre eux (14,8 o/o) ont eu, après vaccinations contre la variole, la typhoïde, la fièvre jaune et le tétanos, une réaction de Kahn plus ou moins positive. Toutes ces réactions, sauf une, sont redevenues négatives en 6 à 7 semaines.

A. Touraine.

L. Heimoff. — **Fausses réactions positives biologiques après injection d'anatoxine tétanique.** (Biologic false positive serologic blood tests following stimulating dose of tetanus toxoid). *Military Surgeon* (U. S. A.), t. **95**, novembre 1944, pp. 419-421.

Chez 8 soldats demandant un examen sérologique prénuptial et récemment vaccinés contre le tétanos, les réactions sont positives malgré l'absence de tout commémoratif et de tout signe de syphilis.

Chez l'un d'eux, la réaction de Kahn a duré de 10 jours à 10 semaines après la vaccination; chez tous, cette réaction est redevenue négative en 12 semaines. La fixation du complément est restée négative ou douteuse chez tous. Le liquide céphalo-rachidien, examiné chez deux hommes, est demeuré normal.

A. Touraine.

J. Lubitz. — **Réactions sérologiques après vaccination jennérienne** (Serologic reactions following smallpox vaccination). *Proc. Ins. Med.* t. **14**, 15 février 1943, pp. 343-344.

Chez 12 malades de l'hôpital de la Marine, à Chicago, la vaccination jennérienne a provoqué le virage au positif de réactions qui, peu de mois auparavant, avaient été négatives.

Sur 100 sujets vaccinés, les réactions sérologiques ont été suivies régulièrement; dans 13 cas, elles sont devenues positives pour tendre, quelques jours après, à redevenir négatives.

A. Touraine.

F. Lynch, R. Boynton et A. Kimball. — **Fausses réactions positives de la syphilis par vaccination jennérienne** (False positive serologic reactions for syphilis due to smallpox vaccinations (vaccinia)). *The Journal of American Medical Association*, t. **117**, 23 août 1941, pp. 591-595.

Sur 267 sujets vaccinés avec succès, 263 ont une réaction négative au moment de la vaccination; la réaction de Kline, seule, donne une réaction positive chez

l'un et douteuse chez les trois autres. Sur les 263, 25 o/o subissent plusieurs examens sérologiques; on note, chez eux, 80 réactions positives ou douteuses; celles du début, recherchées 15 à 21 jours après la vaccination, sont plus communément positives avec les techniques de Hinton, Mazzini et Eagle; recherchées 22 à 28 jours après la vaccination, elles sont plus souvent positives avec le Kolmer, le Kahn, le Kline. Ces réactions restent parfois positives pendant 2 mois.

A. Touraine.

G. Favorite. — **Facteurs influençant les fausses réactions sérologiques de la syphilis dues à la vaccination jennérienne** (Factors influencing false positive serologic reactions for syphilis due to smallpox vaccination (vaccinia). *American Journal of the Medical Science*, t. **208**, août 1944, pp. 216-223.

Sur 202 sujets récemment vaccinés, l'examen sérologique, pratiqué une seule fois, a donné 24 fois des résultats positifs avec une ou plusieurs des réactions suivantes : Kolmer simplifié, Kahn, Mazzini-floculation.

Chez 323 autres, eux aussi récemment vaccinés, des injections de vaccin antityphique et antitétanique ont été pratiquées pour étudier le rôle de l'immunisation dans la production des fausses réactions. Chez 34 d'entre eux, la vaccination jennérienne, faite 6 mois auparavant, avait été suivie d'un premier examen sérologique puis d'une revaccination; 15 de ces 34 sujets ont eu alors une ou plusieurs réactions positives 1 mois plus tard (5 des revaccinations jennériennes ont été du type accélérée, en vaccinoïde, 4 ont été normalement positives et 6 négatives). Le pourcentage des fausses réactions positives a été de 11,7 o/o chez les sujets à revaccination positive, et de 2,4 chez les sujets à revaccination négative. Une réponse positive à la vaccination jennérienne peut donc être considérée comme une cause efficiente de fausse réaction positive.

Ces fausses réactions apparaissent en général 15 jours après la vaccination et disparaissent en 2 mois (4 mois dans un cas).

Les vaccins antityphique et antitétanique n'ont pas provoqué de ces fausses réactions.

A. Touraine.

Arrigo di Porto. — **Transfusions sanguines répétées inhibant la positivité de la réaction de Wassermann** (Azione inibente la positività della reazione di Wassermann per repetute transfusioni sanguigne). *Il Policlinico, sez. practica*, t. **54**, nº 12, 24 mars 1947, pp. 298-304.

Sur 4 syphilitiques (un syphilitique latent de 28 ans, un tabétique de 44 ans, un hémiparétique de 39 ans, un hypertendu de 59 ans), soumis à des transfusions de sang répétées, on a noté chez les 3 premiers, une négativation passagère de la réaction de Wassermann; celle-ci est redevenue ensuite faiblement puis fortement positive (en 18 jours à 4 mois).

Discussion du mécanisme de cette négativation.

A. Touraine.

F. Boerner, S. Nemura et J. Stokes. — **Etude sur les effets du saignement et des dons répétés de sang sur les réactions sérologiques de la syphilis** (A study of the effect of bleading and of repeated blood donation on serologic tests for syphilis). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **211**, f. 5, nº 890, mai 1946, pp. 571-576, pas de bibliogr.

Quelques membres du Centre des donneurs de la Croix-Rouge ont avancé, en décembre 1943, que des saignements successifs pouvaient produire de fausses réactions positives. Sur 128 donneurs une réaction quantitative de floculation et une réaction de fixation faites aussitôt avant et après la prise de sang de 500 centimètres cubes n'ont pas montré de différence appréciable. Chez 97 donneurs, les réactions ont été pratiquées avant et 5 à 15 jours après la prise de sang; un

seul a montré une augmentation de 2 unités dans la fixation; la floculation ne s'est pas modifiée. Le danger des fausses réactions est donc très minime, mais existe cependant. A. TOURAINE.

GARCIA MORA (Tolède). — **Les réactions sérologiques et rachidiennes de la syphilis sont-elles influencées par l'administration de sulfamides ?** (Werden die Lues-Reaktionen in Blut und Liquor durch Darreichung von Sulfonamiden beeinflusst ?). *Praxis*, année **36**, n° 22, 29 mai 1947, pp. 388-389, bibliogr.

Rappel des maladies qui exposent à de fausses réactions sérologiques de la syphilis : trypanosomes, lèpre, pian, moins souvent dans le cancer, la phtisie, la cachexie paludéenne. Des réactions positives ont été signalées dans la chancrelle, la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Sainz de Aja; Lana. *Med. espän.*, n° 41, juin 1944 et 44, septembre 1944), les néphrites aiguës, la scarlatine, la grippe, la broncho-pneumonie de l'enfant, la rougeole (Fanconi), des affections aiguës du poumon (Jahnel, 7 cas, in *Klin. Woch.*, n° 44, 1944 et *Münch. med. Woch.*, n° 39, 1941); Hegglin et Grumbach, 18 cas; H. Martin, in *Klin. Woch.*, n° 9, 1942; Grafenauer, in *Gaz med. españ.*, n° 2, 1945), la grossesse, le diabète, l'ictère, l'intoxication par le plomb, le chloroforme, l'alcool, le sérum antitétanique ou antiméningococcique (Jahnel), la vaccination jennérienne (Favorite. *Ann. J. Med. Sci.*, **208**, 1944, 206 : 1,6 o/o des cas et jusque pendant 4 mois), antityphique ou antitétanique (Favorite dans 1,6 o/o), le bouton d'Orient (Lüthy), l'encéphalite (Lhermitte). Les réactions ont pu être positives dans le liquide spinal au cours de méningiomes (Barraquer, 1940), de tumeurs du cerveau (Altenburger, Lange, etc.).

En ce qui concerne les sulfamides, Pisacana a souvent des réactions positives (parfois très fortes) au cours du traitement de la blennorragie, Brancato et Caletti en trouvent 6 sur 90 blennorragiques, Rubegeni 2 Wassermann et 6 Kahn sur 41 affections pulmonaires traitées par sulfamide (négatives quelques jours après la fin du traitement), Roca et Suarez (*Actas dermo-sifil.*, **23**, 1942, 363) ont Wassermann et Meinicke K R II dans 65 o/o des cas; Lana, Zabiri, Schmidt font des constatations analogues.

Sur 45 malades traités par diverses sulfamides (12 à 15 grammes en 2 à 5 jours), Mora a pratiqué, dans le sang, les réactions de Wassermann, Sachs-Witebsky, Kahn et Meinicke K R II depuis 1 heure jusqu'à 26 jours après la dernière dose. Dans 2 cas, les réactions, positives avant, sont devenues négatives 14 heures après. Dans 2 cas, les réactions, de négatives, sont devenues fortement positives pendant 2 à 3 jours; dans 2 autres, elles sont devenues pour le même temps faiblement positives. Dans 1 cas, les réactions, positives avant, le sont restées après.

25 liquides céphalo-rachidiens ont été examinés de la même façon. Les réactions colloïdales n'ont pas été modifiées; il en a été de même pour le Wassermann dans 1 cas, dans 2 autres cette réaction, faible auparavant, est devenue forte pendant 3 jours, dans 1 cas, de négative elle est devenue faiblement positive pendant 2 jours.

Les réactions de la syphilis ne sont donc, en aucune façon, entièrement spécifiques. A. TOURAINE.

Ch. LEBLOIS. — **Essai préliminaire de trois réactions de floculation sur le sérum de bovidés en vue du dépistage « ante mortem » de l'hydrocachexie.** *Bull. de l'Académie vétérinaire de France*, t. **20**, n° 2, février 1947, pp. 69-73.

Sur 97 bovidés (46 vaches, 44 bœufs, 7 taureaux) les réactions de la syphilis ont été positives dans 29 cas :

Kahn standard : 29 cas, dont 5 + + + + et 24 + +.

Meinicke clarification : 17 cas, dont 1 + + + +, 5 + + +, 1 + + et 10 +.

Meinicke opacification : 6 cas, dont 2 + + +, 1 + +, 3 + (ces 3 derniers cas sont devenus + + + + en 20 heures).

Sur ces 29 animaux, on comptait 8 infections hépatiques, 3 tuberculoses pulmonaires et 17 sujets normaux.

En conclusion, « les épreuves de floculation ne sont pas spécifiques, elles donnent des résultats positifs en des occurrences où ni le tréponème de Schaudinn, ni d'autres tréponèmes ne sauraient être mis en cause; elles sont avant tout le test d'un changement dans la structure physico-chimique normale du sérum ».

A. Touraine.

Bernardt Malengren. — **Recherches sur les fausses séro-réactions de la syphilis** (Investigation into falsely positive serological syphilis reactions). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 4, mars 1846, pp. 339-352, 4 tableaux, bibliographie.

Travail très précis et qu'on ne peut résumer. Il semble que l'acétone joue un rôle dans les faux résultats; que les réactions obtenues avec des extraits alcooliques cholestérinés de poudres de cœur *séchées et lavées à l'acétone*, et avec le procédé de Meinicke en donnent moins souvent que les extraits alcooliques et cholestérinés de cœur *frais*; enfin que les antigènes à spirochètes n'en donnent pas. Au total, il est prudent d'employer concurremment plusieurs antigènes.

A. Civatte.

G. Cooper, Ph. Craig et J. Beard (Durham). — **Analyse électrophorétique des sérums humains normaux, syphilitiques et à fausses réactions biologiques** (Electrophoretic analysis of syphilitic, biologic false positive, and normal human sera). *American Journal of Syphilis, Gonnorrhea and Venereal Diseases.* t. **30**, n° 6, novembre 1946, pp. 555-570, 6 fig., 7 tableaux, bibliogr.

« Il est bien établi que la positivité d'une ou plusieurs réactions standard n'est pas nécessairement une preuve de la syphilis chez certains sujets. Des fausses réactions biologiques ne sont pas rares en l'absence de toute manifestation de syphilis. Avec l'examen méthodique et par principe de grandes collectivités, cette question des fausses réactions biologiques a pris une grande importance scientifique, militaire et individuelle. »

Cherchant l'explication de ces fausses réactions les auteurs ont procédé à l'analyse électrophorétique (détails de technique à lire dans l'original) de 13 sérums normaux, 28 syphilitiques et 32 à fausse réaction biologique.

Les sérums syphilitiques montrent une teneur anormalement haute en globulines α_1 et γ, sans changement important des globulines α_2 et β. La teneur en albumine est proportionnellement basse en comparaison avec l'élévation de la globuline γ. Les sérums à fausse réaction ne diffèrent pas sensiblement des normaux. Les modifications des sérums syphilitiques sont sans rapport avec leur activité sérologique.

L'analyse électrophorétique n'apporte donc aucun élément de différenciation entre les réactions vraies et les fausses réactions biologiques.

A. Touraine.

L. Cardon et D. Atlas. — **Fausses réactions positives biologiques de la syphilis combinées à l'hyperprotéinémie** (Biologic false positive reactions for syphilis associated with hyperproteinemia). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**. n° 5, novembre 1942, pp. 713-720.

Sur 34 cas d'hyperprotéinémie de causes diverses, les auteurs ont obtenu 8 cas de fausses réactions positives. Le Kahn et le Kline ont donné plus de ces fausses réactions que la fixation du complément.

Se défier, par conséquence, des résultats positifs donnés par le sérum au cas d'hyperprotéinémie et d'hyperglobulinémie.

A. Touraine.

D. Brocq-Rousseu. — **Réaction de Gaté et Papacostas (gélification transparente par le formol).** *Revue de Pathologie comparée*, année **46**, nos 571-562, mars-avril 1946, pp. 199-212, très longue bibliogr.

Rappel de la technique de la réaction et de son mécanisme probable. Importante revue critique de sa valeur séméiologique, non seulement dans la syphilis mais dans de nombreuses infections.

La formol-gélification n'est pas spécifique puisqu'elle est positive dans de nombreuses infections. Mais il semble qu'elle soit toujours négative lorsque le sérum est normal. La concordance avec la réaction de Wassermann, estimée à 85 o/o par ses auteurs, est très diversement appréciée. A. Touraine.

Ivan Bertrand et R. Samarcq. — **Utilisation pratique de la réaction de Weltmann.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, no 2, 14 janvier 1947, pp. 51-60, bibliogr.

« La réaction de Weltmann (1930-1934) mesure le seuil électrolytique de floculation sérique : quantité minima de sel neutre (chlorure de calcium) nécessaire pour faire floculer à 100° le sérum sanguin dilué 50 fois ».

Susceptible de nombreuses applications pratiques (exposées en détail), la réaction de Weltmann n'a, cependant, donné aux auteurs dans 32 cas de syphilis à toutes périodes que des chiffres (tableau et figure) très voisins de ceux des sujets normaux. La valeur moyenne du seuil est 0,46. « Les modifications au cours de la syphilis sont trop minimes et trop inconstantes pour que la réaction y ait une valeur diagnostique. » Néanmoins, Balban (*Arch. für Derm. u. Syph.*, **173**, 1936, 483) aurait signalé un abaissement du seuil électrolytique dans les syphilis tertiaires. A. Touraine.

G. Laughlen (Toronto). — **Avantages pratiques de la réaction de Laughlen dans le diagnostic de la syphilis** (The practical advantages of the Laughlen test for the diagnosis of syphilis). *The British Journal of Venereal Diseases*, t. **22**, no 1, mars 1946, pp. 15-20, bibliogr.

L'auteur revient sur les avantages de la méthode de séro-diagnostic qu'il emploie depuis 1945 (*Canad. med. Ass. J.*, t. **33**, 1935, p. 179; *Canad. Publ. Hlth. J.*, t. **29**, 1938, p. 396; *Canad. med. Ass. J.*, t. **48**, 1943, p. 114; *Amer. J. Clin. Path.*, t. **14**, 1944, p. 109) et qui a servi à plus de 30.000 réactions. Comparée à la réaction de Kahn, elle a donné, sur 362 cas, 36 o/o de positifs (Kahn 32,5), 5 o/o de douteux (Kahn 6), 56 o/o de négatifs (Kahn 60). Elle est, aussi, plus sensible que le Kolmer (schémas), de technique simple, plus rapide et moins sujette à erreurs que les autres méthodes. A. Touraine.

Mlle J. Wroubel. — **Valeur du quotient protidique dans des sérums de syphilitiques. Etude des variations de ce quotient au cours du traitement chez des syphilitiques primaires.** *Société française de Chimiothérapie et de Sérologie*, 8 **décembre** 1945. *La Prophylaxie antivénérienne*, année **18**, no 5, mai 1946, pp. 350-353.

Le rapport albumine : globuline ne présente pas de modification systématique dans les sérums positifs (30 malades) ni au cours de la période du chancre (30 malades) ou du traitement. A. Touraine.

20h. — Syphilis (Pathologie générale).

A. Amoretti (Montevideo). — **Syphilis.** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, no 8, août 1946, pp. 493-503.

Vue d'ensemble sur la syphilis acquise et congénitale qui pourrait servir de bon modèle pour une conférence de vulgarisation destinée à des débutants ou à un public extra-médical. A. Touraine.

A. Walker et R. Barton. — **La pénicillothérapie de la blennorragie pendant la période d'incubation de la phase initiale de la syphilis. Revue générale** (The treatment of gonorrhea with penicillin during the incubation period of early phase of syphilis. A review). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **26**, n° 11, novembre 1945, pp. 241-244, bibliogr.

On sait que le traitement de la blennorragie par la pénicilline peut masquer ou retarder le développement des premiers signes de la syphilis et, par conséquent, faire perdre au malade le bénéfice d'un traitement précoce et puissant qui serait sa meilleure garantie pour l'avenir. Voici 8 cas dans lesquels cette regrettable éventualité s'est réalisée :

1° Shafer et Zakon, *Arch. of Derm a. Syph.*, **50**, 1944, p. 200 ; homme atteint de blennorragie aiguë et d'une lésion du gland. 100.000 U. L'écoulement persiste, la lésion du gland guérit ; Kahn négatif. 20 jours plus tard, réapparition de la lésion du gland, céphalée nocturne puis roséole et Kahn et Bordet-Wassermann positifs.

2° H. Hailey. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **50**, 1944, p. 269 : homme de 22 ans, avec blennorragie aiguë et lésion du gland sans tréponèmes à 12 examens à l'ultra, 5 Kahn négatifs. 100.000 U. 28 jours plus tard, réapparition de la lésion de la verge ; sans tréponèmes à l'ultra, 2 Kahn positifs.

3° Canizares. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **50**, 1944, p. 246 : blennorragie et lésion de la verge. 50.000 U. aussitôt après lesquelles ultra et Kahn négatifs. Guérison en 2 semaines mais récidive 4 jours plus tard, avec ultra positif et Kahn négatif.

4° Carpenter, *U. S. Nav. M. Bull.*, **43**, 1944, p. 389 : homme de 22 ans, blennorragie aiguë et lésion de la verge. 50.000 U.. Un mois plus tard, récidive de la lésion, Kahn, Kline, Bordet-Wassermann positifs.

5° Boyd, Wagner et Hewson. *U. S. Nav. M. Bull.*, **43**, 1944, p. 1034 : blennorragie aiguë 5 jours après un contact, 25 jours plus tard lésion de la verge à ultra et Kahn négatifs. 80.000 U. Guérison totale. Un mois plus tard, récidive de la lésion, avec ultra et Kahn positifs.

6° Ricchiuti. *U. S. Nav. M. Bull.*, **43**, 1944, p. 1031 : homme de 22 ans avec blennorragie aiguë, phimosis, Kahn négatif. 100.000 U., réaction d'Herxheimer. Incision du prépuce qui découvre une lésion sur celui-ci, sans tréponèmes et qui guérit en 9 jours. 19 jours après la pénicilline, Kahn positif.

7° Van Horn et Dakin. *Ven. Dis. Inf.*, **25**, 1944, p. 365 : homme de 28 ans, blennorragie aiguë, Kahn négatif. 100.000 U. ; guérison. 50 jours plus tard, chancre avec tréponèmes, Kahn encore négatif

8° Walker et Barton. Homme de 30 ans, blennorragie aiguë. 80.000 U. avec réaction fébrile ; guérison. Le lendemain, petite papule sur le scrotum, à ultra et sérologie négatifs, qui guérit en 3 jours. Trois semaines plus tard, réapparition de la lésion qui devient un chancre typique à ultra et sérologie positifs, puis roséole et polyadénopathie qui disparaissent en 9 jours après 2.400.000 U. A. Touraine.

A. Vidal (Marseille). — **Sulfamides et syphilis.** *Sud Médical et Chirurgical*, 1946.

Dans 5 cas (observations rapportées) l'incubation du chancre, chez des malades ayant absorbé des sulfamides pour blennorragie, a été portée à 68, 62, 56, 61 et 41 jours. La dose de sulfamides avait été, d'un cas à l'autre, 48 comprimés de dagénan en 2 séries, deux séries de 36 comprimés de dagénan, 24 comprimés de dagénan, 30 comprimés de dagénan, 80 comprimés de thiazomide.

Critique des 5 observations analogues de Vigier (*Thèse*, Paris, 1943).

D'autre part, dans une sixième observation, la sérologie a mis 100 jours après la contamination pour devenir positive chez un sujet qui avait pris 55 comprimés de thiazomide peu après le contact infectant. A. Touraine.

N. Tararine. — **Quelques formes cliniques de la syphilis fébrile chez l'adulte.** *Thèse Paris*, 1943, Foulon, édit., 130 p.

Bonne thèse qui étudie les différentes conditions dans lequelles une syphilis peut devenir fébrile.

1° *Syphilis angineuse* : chancre de l'amygdale et plaques muqueuses (8 observations dont 7 de Lemierre, avec discussions du diagnostic);

2° *Formes éruptives* : morbilliforme (2 observations), polymorphe (2 observations), pauci-éruptive (2 observations), pseudo-typhique (1 observation).

3° *Formes à signes généraux prédominants* : typhose syphilitique (2 observations), pseudo-malarienne (4 observations), pseudo-tuberculeuse (1 observation), pseudo-rhumatismale (4 observations), simulant l'endocardite lente (1 observation), la fièvre de Malte (1 observation), la maladie de Hodgkin (1 observation), la leucémie aiguë (1 observation), la panviscérite (2 observations), etc.

4° *Formes à localisations particulières* : ganglionnaire (1 observation), pulmonaire (2 observations), hépatique, splénique (3 observations), artéritique, médiastinale, périostée (1 observation).

Discussion des éléments du diagnostic de ces syphilis fébriles atypiques avec diverses affections (d'après 5 observations) et des causes d'erreur que peuvent entraîner la sérologie et l'épreuve du traitement. A. Touraine.

F. Halz. — **La syphilis hémorragique** (Hemorrhagic syphilis). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, n° 4, octobre 1942, pp. 483-488.

Les lésions hémorragiques de la peau sont rares au cours de la syphilis; aucun cas n'en a été rapporté depuis 10 ans et il faut se reférer, pour sa description, aux auteurs du siècle dernier, notamment à Hartmann et Pignot, en 1886. Finger en a fait une étude d'ensemble en 1930. Les conclusions de ces travaux sont : 1° dans la syphilis congénitale, une diathèse hémorragique authentique est commune; 2° dans la syphilis acquise, on peut observer une transformation hémorragique de lésions syphilitiques; il existe, dans la syphilis, des purpuras primitifs et secondaires; 3° l'endartérite syphilitique peut déterminer des hémorragies intestinales et une encéphalite hémorragique.

Kalz rapporte un cas personnel :

Homme de 25 ans, langue gonflée et très douloureuse, avec sillons sur les deux faces, couverte d'exsudats blanchâtres et de points purpuriques. Glandes sous-maxillaires palpables. Quelques jours plus tard, purpura des coudes et des genoux. Puis, syphilides papuleuses palmo-plantaires, en même temps que papules peu élevées avec télangiectasies et petites hémorragies dans les mêmes régions. Tréponèmes dans la langue et les lésions cutanées. Wassermann positif; liquide céphalo-rachidien normal. Pas de lésions des gros vaisseaux. Pas d'avitaminose C mais diminution de la prothrombine (non modifiée par les injections de vitamine K).

A. Touraine.

T. E. Olin. — **La rapidité de la sédimentation des globules rouges dans la syphilis acquise** (Ueber die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei erworbener Lues). *Acta Dermat. Vener.*, vol. **26**, fasc. 2, décembre 1945, pp. 175-188, bibliogr.

Résumé des travaux déjà parus sur la question. Puis exposé de recherches personnelles sur 478 sujets, avec la méthode de Westergren. La lecture de la réaction est faite après 1 heure et 2 heures. La réaction a été pratiquée avant et après le traitement, et parfois en cours de traitement. Les conclusions sont les suivantes :

La réaction peut rendre des services en matière de syphilis. Une réaction accélérée doit faire penser à la syphilis; et sa coexistence avec des ulcérations suspectes prend ainsi de la valeur. Mais il faut savoir qu'une réaction normale ne doit pas faire exclure la syphilis. En cas de syphilis latente, une sédimentation anormalement rapide sera un motif de poursuivre le traitement. Une accélération en cours de traitement indique que celui-ci est mal supporté et doit être adouci.

A. Civatte.

Bergamasco. — **La vitesse de sédimentation des hématies comme index de réactions spécifiques dans la syphilis** (La velocità di sedimentazione delle emazie come indice di reazioni specifiche nella sifilide). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **29**, fasc. 2, Édition de guerre, pp. 83 à 95.

L'auteur propose une nouvelle réaction spécifique pour la syphilis dans laquelle l'indicateur est représenté par la vitesse de sédimentation des hématies qui se trouve modifiée par la réaction entre l'antigène et l'anticorps. La réaction est d'une extrême simplicité : elle consiste à mettre en contact 12 parties de sang citraté avec une partie d'antigène (antigène de Kahn dilué à 1 : 10 et à 1 : 14). La lecture s'effectue en comparant la vitesse de sédimentation de ce mélange avec celle du même sang auquel on a ajouté simplement de la solution physiologique.

L'augmentation de la vitesse de sédimentation en présence d'antigène indique la positivité. Les recherches de l'auteur encore limitées ne permettent pas encore une conclusion définitive, mais il semble bien que la réaction proposée présente une bonne concordance avec la réaction de Wassermann. Les avantages de cette nouvelle réaction sont : sa rapidité, sa facilité de lecture, et enfin l'introduction dans l'examen sérologique de la vitesse de sédimentation des hématies qui n'est pas sans doute une réaction spécifique, mais à laquelle on a reconnu cependant une certaine importance au point de vue de l'évolution de la syphilis.

Belgodère.

Silvestri Unita (Bologne) — **Action protectrice du sérum sanguin des syphilitiques contre l'hémolyse photodynamique** (Azione protettiva del siero di sangue dei juetici verso la emolisi fotodinamica). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologica*, vol. **19**, fasc. 2, Édition de guerre, pp. 96 à 1021, Bibliographie.

Les globules rouges de l'homme et des animaux peuvent être hémolysés non seulement par le contact de solutions hypotoniques, mais aussi en présence de substances photodynamiques qui exercent un pouvoir photodynamique avec action hémolytique sous l'action de la lumière. On ignore l'essence de ce phénomène dont on n'a pu donner jusqu'ici que des interprétations hypothétiques. Par contre, il existe des substances qui sont capables d'exercer une action protectrice sur le globule rouge vis-à-vis de l'hémolyse photodynamique : inhibition photodynamique. Parmi ces substances capables d'exercer cette inhibition se trouve le sérum du sang et fait curieux le sérum des syphilitiques s'est montré doué de ce pouvoir protecteur à un plus haut degré que celui des sujets normaux.

L'A. a entrepris des recherches pour vérifier si ce pouvoir de protection était en rapport avec la positivité de la réaction Bordet-Wassermann et avec la présence de manifestations spécifiques en activité.

Chez quatre sujets, avec manifestations secondaires et sérologie positive, non traités, il y a eu inhibition presque totale de l'hémolyse. Chez six sujets à manifestations secondaires en activité, mais en cours de traitement, l'inhibition a été moins nette que dans les quatre de la série précédente. Chez six sujets atteints de syphilis secondaire mais traités et dont les accidents étaient disparus et les réactions sérologiques négativées, il y avait encore inhibition mais de moins en moins prononcée. Pour traduire en chiffres : 50 pour le premier groupe, 48 pour le second et 36 pour le troisième.

Dans une autre série de recherches, l'A. a contrôlé la valeur d'inhibition du sérum luétique vis-à-vis de celle du sérum normal. Le pouvoir protecteur contre l'hémolyse du sérum syphilitique s'amoindrit et se rapproche de celui du sérum normal à mesure que s'affirment les effets du traitement.

Belgodère.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1948. 1er TRIMESTRE, N° D'ORDRE 718, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS.
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL. N° 852. — 3-1948.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CYTODIAGNOSTIC IMMÉDIAT EN DERMATOLOGIE

Par A. TZANCK

avec la collaboration de BOURGEOIS-GAVARDIN et R. ARON-BRUNETIÈRE

L'examen de frottis de lésions dermatologiques immédiatement colorés sur lames, comme on le ferait pour le sang, peut donner des résultats d'un haut intérêt théorique et pratique.

Ce mode d'investigation, contrairement à la biopsie, ne donne guère d'indication sur la *structure* des tissus lésés ; par contre, il fournit des renseignements *cytologiques* précieux.

Par la simplicité du prélèvement, la rapidité des résultats — car cet examen fait immédiatement suite à l'étude clinique — par la facilité de lecture, le cytodiagnostic immédiat peut, dans certains cas, compléter heureusement l'investigation dermatologique. Il nous semble devoir permettre, en maintes circonstances, un diagnostic précis et servir à augmenter nos connaissances sur un certain nombre de dermatoses.

MODE DE PRÉLÈVEMENT

Celui-ci est très différent suivant la lésion ; il doit viser à obtenir les éléments pathologiques eux-mêmes et non des croûtelles, des squames, du sang, des produits d'excrétion, etc...

C'est ainsi que pour l'examen des bulles on préférera le raclage du fond de la lésion et non le liquide épanché (qu'on étudie seul le plus souvent).

On évitera également autant que possible le suintement sanguin, en tendant la peau autour de la lésion.

Lorsqu'une biopsie est pratiquée, une empreinte sur lame fournira souvent des frottis riches en éléments pathologiques profondément situés, que le vaccinostyle n'atteint qu'assez difficilement.

Publication périodique mensuelle.

Coloration

Nous avons systématiquement recours à la coloration de May-Grunwald-Giemsa, familière à tous les hématologistes, qui donne beaucoup de renseignements. En outre, des colorations spéciales sont actuellement à l'étude. Il va sans dire que de tels prélèvements se prêtent à des recherches histochimiques susceptibles d'ajouter des renseignements de la plus haute valeur.

Analyse des frottis

La lecture de telles lames nécessite une certaine habitude. La pratique des examens hématologiques est ici d'un grand secours. On arrive cependant assez rapidement à distinguer les éléments pathologiques de ceux que l'on peut observer à l'état normal ; dans ce cas les éléments cellulaires isolés sont exceptionnels et les placards normaux arrachés par le vaccinostyle faciles à identifier.

Bien que notre expérience porte maintenant sur plus de dix années, il nous est encore impossible d'apporter un travail d'ensemble sur les résultats de ce « grattage méthodique » éclairé par l'examen microscopique.

Nous nous bornerons à étudier ici un certain nombre de circonstances où ce mode d'investigation nous a été d'une réelle utilité pour le diagnostic et le traitement.

I

Voici un sujet porteur d'un *botryomycome* en apparence typique. Cette affection est essentiellement bénigne. Cependant un nævo-carcinome peut, ainsi que l'ont montré Marcel Ferrand et Mlle Dobkewitch, se présenter sous le même aspect (fig. 1).

Aussi, avant d'intervenir, avons-nous pratiqué un frottis. Celui-ci nous a décelé la présence de cellules monstrueuses de taille inégale, munies de nucléoles pathologiques et d'éléments pigmentaires (fig. 2). Or la ligne de conduite est totalement différente dans les deux cas : la simple abrasion à la curette suffisante pour le traitement du botryomycome donnerait, en cas de nævo-carcinome, un coup de fouet à l'évolution de cette affection si redoutable, qui nécessite une large destruction à l'électro-coagulation.

II

Plus démonstratif encore est peut-être le cas de cette malade entrée le 12 mars 1946, salle Henri IV, à l'Hôpital Saint-Louis, pour attendre le résultat d'une biopsie pratiquée sur un petit nodule de la cuisse.

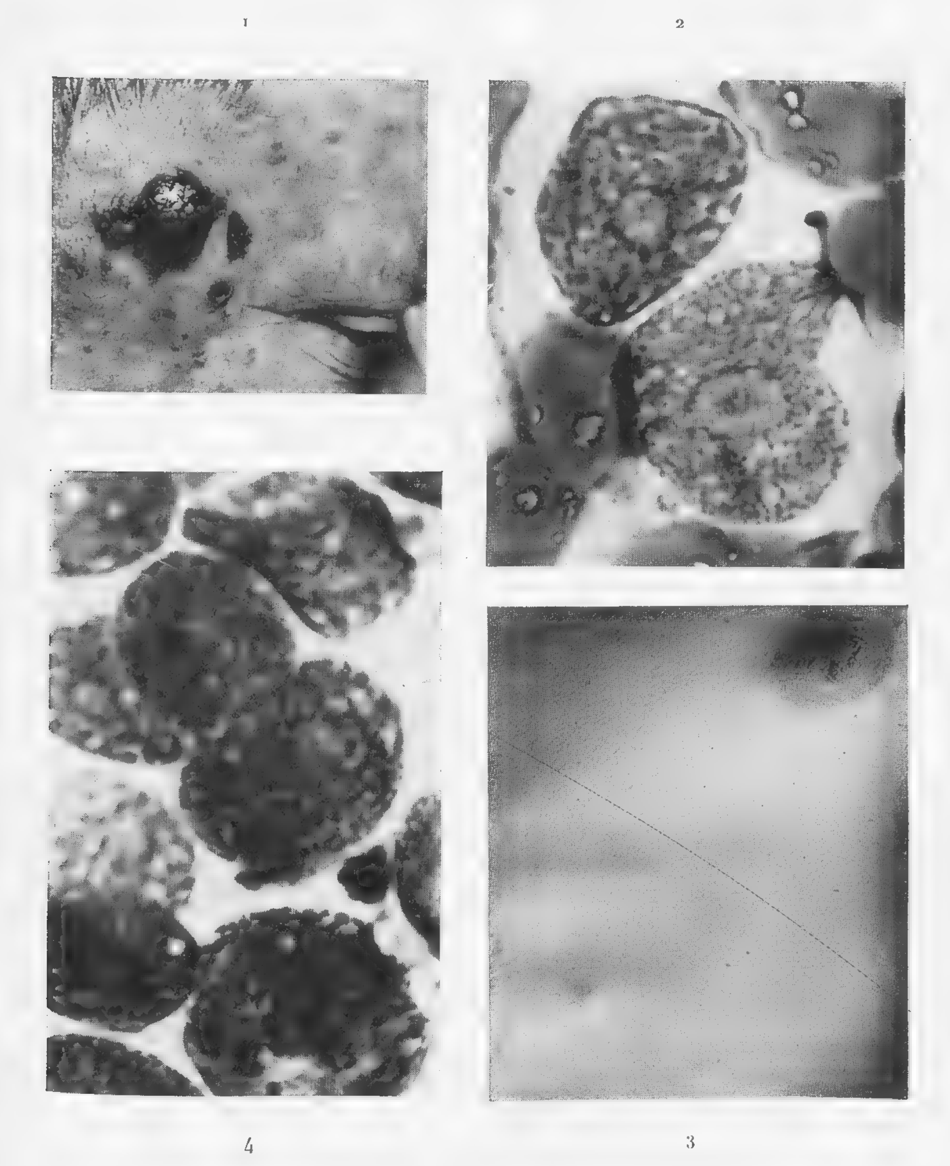


Fig. 1. — Lésion ayant l'aspect d'un botryomycome.

Fig. 2. — Cellules présentant des noyaux monstrueux, des nucléoles nettement hyperplasiés. Le diagnostic de tumeur maligne s'impose : la présence de quelques éléments monstrueux contenant de la mélanine ou la mise en évidence du propigment permet de porter le diagnostic de mélanome.

Fig. 3. — On voit nettement deux des petites tumeurs intradermiques de nævo-carcinome.

Fig. 4. — Noyaux monstrueux (surtout en haut, à droite) nucléolés. En d'autres endroits, se rencontraient des blocs de mélanine.

Quinze jours après ce prélèvement apparaît sur tout le corps un semis de grains intradermiques, très durs, arrondis, indolores, adhérents à la peau dont la coloration reste normale (fig. 3).

L'examen clinique ne permet de porter aucun diagnostic précis. La biopsie est pratiquée par le Docteur Civatte qui nous promet une réponse dans 8 jours. De notre côté nous pratiquons la ponction de l'un de ces éléments en vue du diagnostic cytologique immédiat (fig. 4).

Le frottis nous met en présence d'amas de cellules sarcomateuses et d'éléments pigmentaires faisant porter le diagnostic de nævo-carcinome que la biopsie confirme ultérieurement.

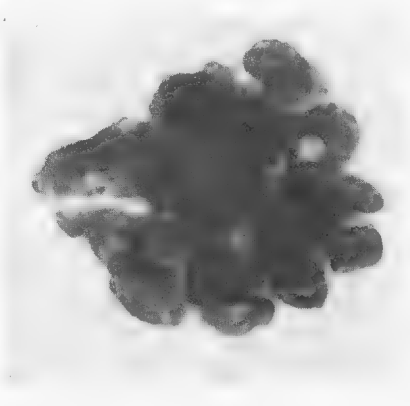
On est en droit de se demander si un diagnostic précoce ayant permis une électro-coagulation immédiate, n'aurait pas évité la généralisation en présence de laquelle nous nous trouvons actuellement.

III

C'est évidemment dans les *épithéliomas cutanés* que ce mode d'investigation peut fournir les résultats les plus importants.



5



6

Fig. 5. — Épithélioma baso-cellulaire.

Fig. 6. — Cellules épithéliomateuses de la couche basale.

Cliniquement très reconnaissable (fig. 5) par sa bordure perlée l'*épithélioma* baso-cellulaire ne l'est pas moins sur les frottis où il est caractérisé par la présence de placards formés de petites cellules rondes, fortement colorées, à peine entourées d'une très fine bande de cytoplasme qui, très souvent, fait défaut. Les cellules sont égales, régulières, sans monstruosités, les nucléoles sont petits, à peine reconnaissables. A distance, il n'y a

guère de cellules isolées franchement pathologiques. La tendance à la kératinisation fait défaut (fig. 6).

Ces renseignements sont en tous points superposables à ceux (fig. 7) que nous offre l'examen d'une coupe histologique examinée à un fort grossissement, encore que le cyto-diagnostic immédiat permette une étude plus fine de chaque élément cellulaire.

L'épithélioma spino-cellulaire, plus redoutable, à évolution plus rapide, siège plus communément sur les muqueuses (fig. 8).

Cet épithélioma malpighien, à globes épidermiques, si aisément reconnaissable à la biopsie, l'est également à l'examen des frottis prélevés immédiatement, ou par empreintes de la biopsie (fig. 9, 10 et 11).

Au petit grossissement, les placards épithéliomateux peuvent être confondus lorsqu'ils sont très tassés. Il suffit alors d'examiner le pourtour de ces amas, au fort grossissement, pour reconnaître des éléments cellulaires

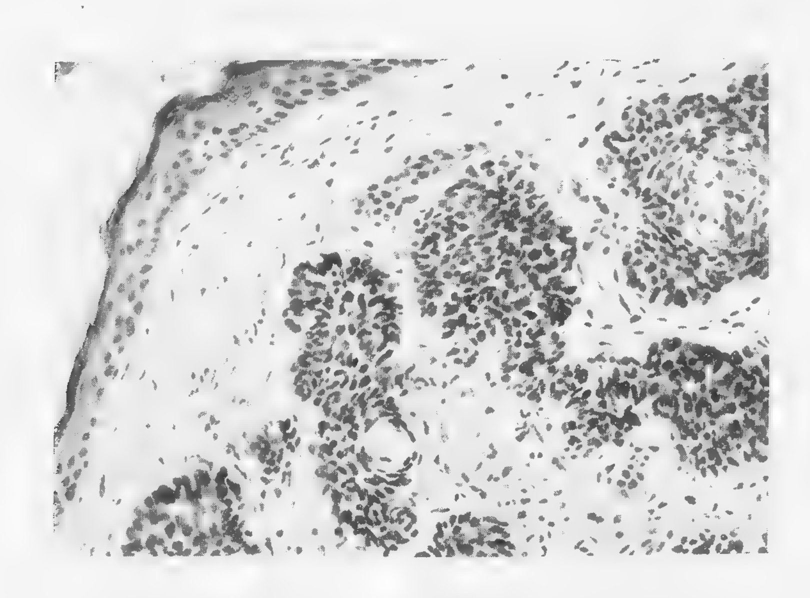


Fig. 7. — Mêmes éléments que dans la figure 6, mais vus sur une coupe histologique.

totalement différents des épithéliomas baso-cellulaires. Les cellules sont cette fois beaucoup plus volumineuses, les noyaux moins fortement colorés, irréguliers, de taille inégale ; les nucléoles sont souvent très apparents ; parfois monstrueux ces derniers sont entourés d'une large bande protoplasmique, fortement colorée et souvent kératinisée. Les cellules isolées donnent les aspects monstrueux les plus divers ; parfois le noyau est petit, pycnotique au milieu d'un protoplasme en transformation cornée.

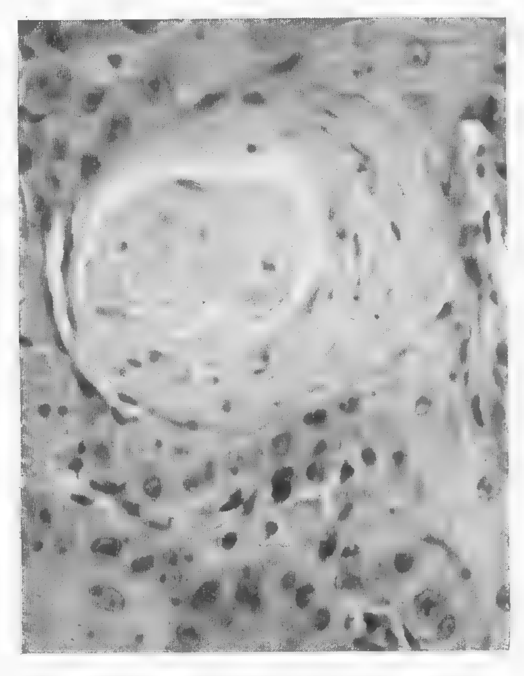
Cette étude, encore à ses débuts, ne peut fournir les bases d'une discrimination cytologique valable des divers types d'épithéliomas cutanés, mais, du point de vue pratique, elle nous a déjà permis à maintes reprises d'étayer un diagnostic hésitant ou de déceler une dégénérescence épithéliale à peine soupçonnée.

Voici une femme de 67 ans présentant sur le côté droit du nez un placard allongé (fig. 12), jaunâtre, très largement grumeleux, indolore,



8

Fig. 8.
Épithélioma spino-cellulaire.



9

Fig. 9. — Coupe histologique d'un épithélioma spino-cellulaire avec, au centre, un globe corné.

bien limité. On porte les diagnostics les plus divers, de sarcoïdes, de xanthome. Là encore l'examen des frottis permet de reconnaître des placards baso-cellulaires (fig. 13). L'histologie apporte plus de précision : il s'agit d'un épithélioma type glandulaire.

Une jeune fille de 18 ans présente depuis 8 ans, sur le dos du nez, un élément indolore, fixe, non inflammatoire, excorié en son centre par la malade elle-même. On suppose un petit kyste sébacé ; l'examen cytologique immédiat donne l'image d'un épithélioma baso-cellulaire.

Plus immédiatement pratique est l'observation suivante :

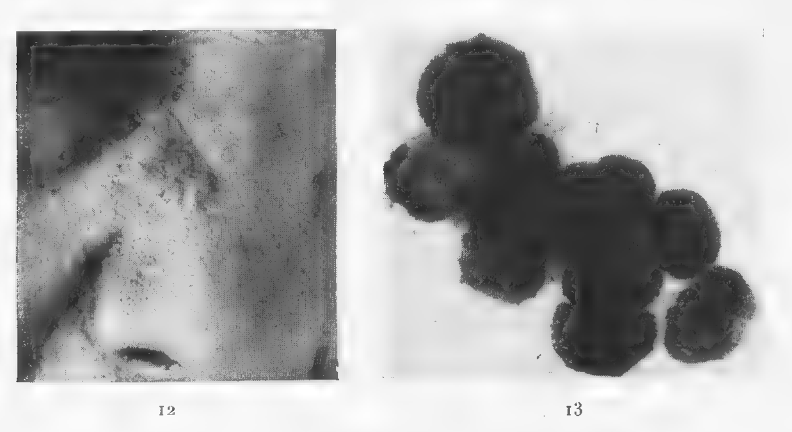
Un malade âgé de 37 ans présente depuis 2 mois une inflammation de la verge pour laquelle, en dépit de dénégation de tout contact, absence de

10

11

Fig. 10 et 11.
Cellules obtenues par raclage d'un épithélioma spino-cellulaire.

On remarquera l'étendue du cytoplasme, qui est un caractère différentiel net entre épithéliomes spino- et baso-cellulaires. Dans la figure 11 une cellule à noyau monstrueux (en bas) et une cellule kératinisée en dégénérescence.



12 13

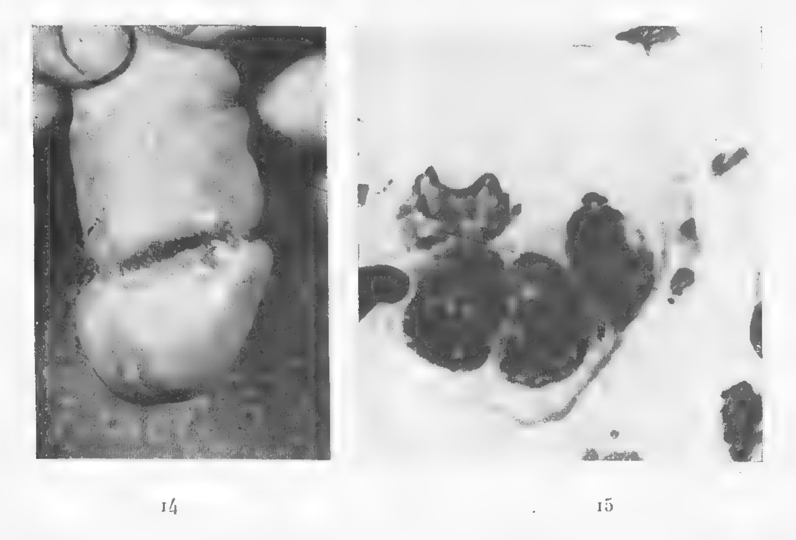
Fig. 12. — Épithélioma de type glandulaire.

Fig. 13. — Frottis obtenu à partir de cette lésion : aspect de l'épithélioma baso-cellulaire.

tréponèmes, Wassermann négatif à deux reprises, on porte le diagnostic de chancre syphilitique. La lésion très fortement indurée infiltre le prépuce et le gland. Elle est totalement indolore et s'accompagne de ganglions inguinaux petits et durs, peu nombreux (fig. 14).

Le cyto-diagnostic pratiqué en raison des divergences entre les commémoratifs nous mit en présence de placards épithéliomateux indéniables (fig. 15).

Cependant, ces éléments ne correspondent ni à un épithélioma baso ni à un épithélioma spino-cellulaire typiques. Il s'agit de cellules à noyaux assez volumineux, entourées de protoplasme en quantité appréciable, de



14 15

Fig. 14. — Épithélioma diagnostiqué par frottis cytologiques (fig. 15).

forme irrégulière mais ne présentant en aucun point de tendance à la kératinisation. Les anomalies cellulaires sont en faveur de la malignité du processus, mais l'absence de kératinisation empêche de porter le diagnostic d'épithélioma spino-cellulaire.

IV

Pour l'étude des *maladies bulleuses*, le cyto-diagnostic immédiat peut également apporter des éléments de haute valeur notamment pour le diagnostic parfois si délicat entre le pemphigus chronique et la maladie de Duhring.

Tous les signes sur lesquels se fonde ce diagnostic peuvent se trouver en défaut. Ni le prurit, l'éosinophilie, la sensibilité à l'iodure de potassium, la conservation du bon état général, l'évolution par poussées invoquées en

faveur de la maladie de Duhring n'ont de valeur absolue. Le signe de Nikolsky manque bien souvent dans le pemphigus.

Par contre, la structure même de la bulle est profondément différente dans les deux cas (fig. 16).

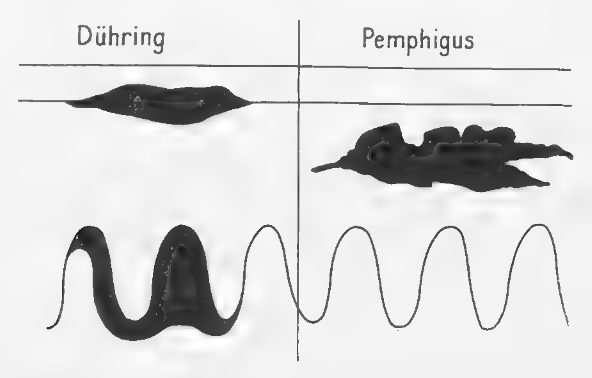


Fig. 16. — Schéma de la disposition des lésions dans la maladie de Dühring et dans le pemphigus.

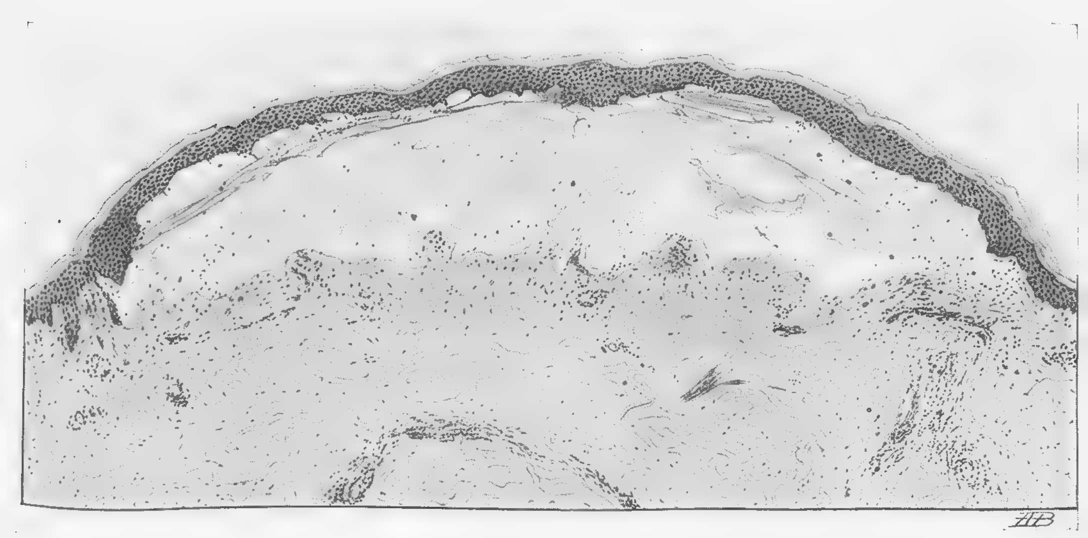


Fig. 17. — Coupe histologique de la bulle de la maladie de Dühring.

Dans la maladie de Duhring l'épanchement se fait selon un plan de clivage soit sous-épidermique (pour les bulles profondes), soit sous-cornéenne (pour les bulles superficielles) (fig. 17). Dans le pemphigus au contraire, il sagit d'un processus primitivement cellulaire au sein même de la couche malpighienne. Les cellules perdent leurs filaments d'union, s'iso-

lent les unes des autres et cette acantholyse donne lieu à une cavité non plus par clivage, mais en plein épiderme (fig. 18).

Le cyto-diagnostic immédiat permet de mettre facilement en évidence cette particularité.

En effet dans tous les cas de pemphigus qu'il nous a été donné d'obser-

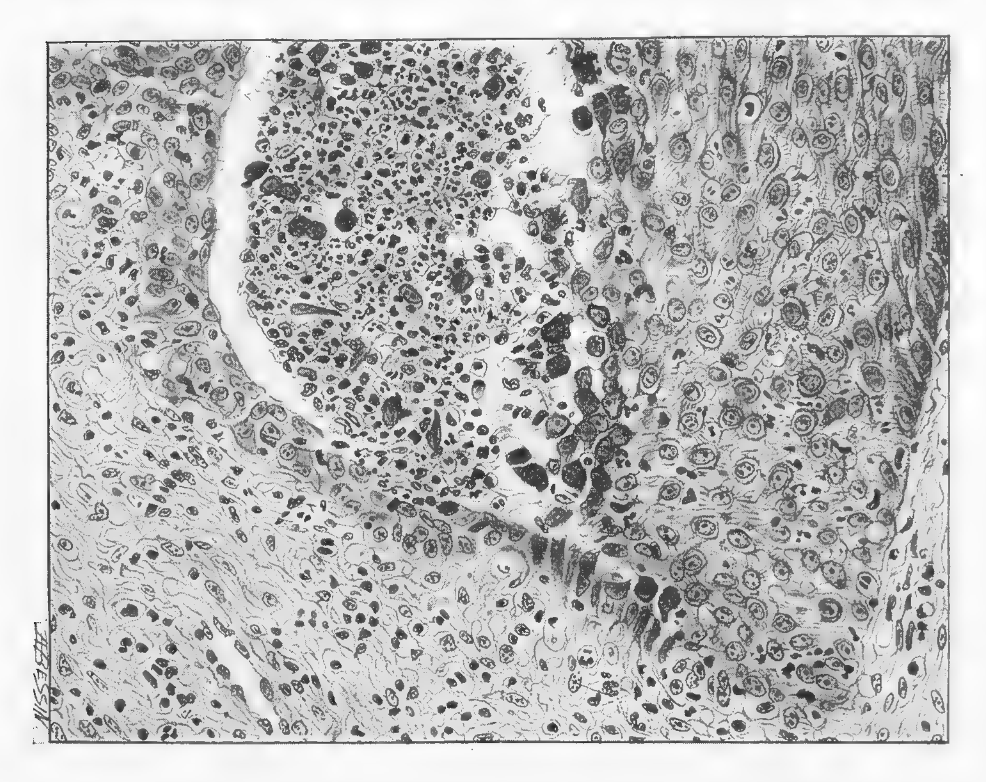


Fig. 18. — Coupe histologique de la lésion d'un pemphigus.

ver nous avons pu retrouver, par grattage du plancher de la bulle ou de l'érosion muqueuse, des cellules malpighiennes parfaitement reconnaissables à leur grand noyau peu coloré, entouré de protoplasma abondant, basophile, tendant à se kératiniser, mais arrondies, séparées les unes des autres alors même qu'elles demeurent groupées en placards traduisant sur un simple frottis la lésion essentielle du pemphigus c'est-à-dire la désagrégation de la couche malpighienne par acantholyse (fig. 19).

Dans la maladie de Duhring nous n'avons rien retrouvé de comparable. On observe surtout des éléments cellulaires d'origine sanguine et non point tissulaire et notamment l'éosinophilie sur laquelle insistent tous les auteurs (fig. 20 et 21).

La seule difficulté réside en la présence de placards épidermiques arrachés par le grattage. Mais on reconnaît alors les caractères normaux des cellules de la couche malpighienne sans aucune tendance à la désagrégation.

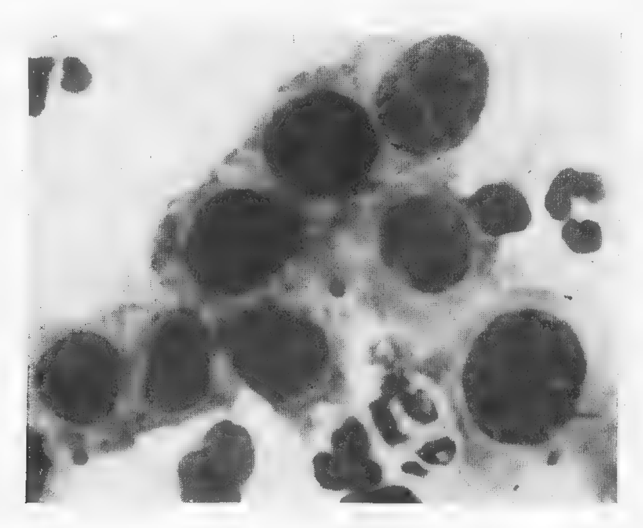
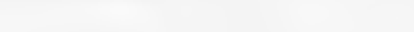
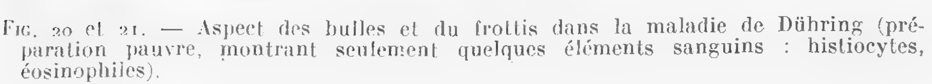


Fig. 19. — Aspect du frottis dans le pemphigus (cellules libérées par acantholyse).






Fig. 20 et 21. — Aspect des bulles et du frottis dans la maladie de Dühring (préparation pauvre, montrant seulement quelques éléments sanguins : histiocytes, éosinophiles).

L'examen cytologique immédiat des bulles du pemphigus peut non seulement éclairer nombre de diagnostics délicats, mais encore apporter des arguments au problème du pemphigus subaigu.

Il nous a été donné récemment d'observer un cas de cet ordre débutant comme c'est la règle par les muqueuses et aboutissant à la mort en peu de mois (fig. 22).

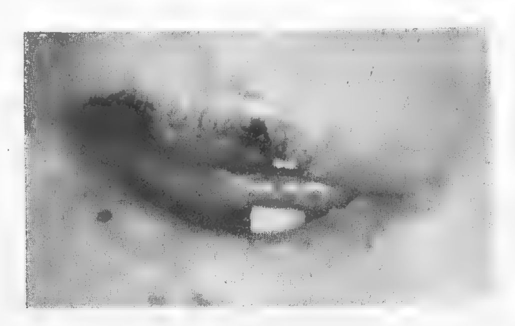


Fig. 22. — Pemphigus subaigu à bulles extensives.

L'examen d'un frottis nous a montré non seulement la présence de cellules malpighiennes en état de désagrégation comme dans le cas de pemphigus vulgaire mais encore de monstruosités cellulaires telles qu'au premier abord nous avons pu nous croire en présence d'une tumeur maligne (fig. 23).

Nous trouvions là d'une part l'explication de l'évolution du pemphigus subaigu, d'autre part cette constatation séparait totalement le pemphigus subaigu des maladies infectieuses et inversement l'apparentait directement au groupe des dystrophies parmi lesquelles on pouvait retrouver tous les degrés de malignité depuis le pemphigus subaigu jusqu'à la maladie de Senear-Usher en passant par le pemphigus vulgaire.

En bref les manifestations bulleuses peuvent, comme les autres syndromes objectifs, relever de trois grandes classes nosologiques :

1° Bulles imposées par une étiologie bien déterminée : (bulles traumatiques, toxiques, pemphigus des bouchers, pemphigus syphilitique, etc.).

2° Bulles de signification réactionnelle (intolérance ou allergie), iodides, bromides, dermites artificielles bulleuses, eczéma bulleux, hydroa C'est dans ce groupe que se classe la maladie de Dühring-Brocq.

3° Bulles de nature dystrophique, pemphigus congénital, pemphigus au cours des affections nerveuses, pemphigus vulgaire, pemphigus subaigu, maladie de Senear-Usher, etc.

V

La fécondité de ce mode d'exploration des lésions incitera à appliquer cette technique aux dermatoses les plus diverses. Il s'agit là d'un « grattage méthodique » mais éclairé par l'étude microscopique.

Pour l'instant nous nous bornerons à indiquer ce qu'il nous a été donné de constater dans deux cas particuliers. Celui du zona et celui du *molluscum contagiosum*.

Dans le zona nous avons pu suivre le phénomène décrit par Unna sous le nom de dégénérescence ballonisante. Mais la facilité de la recherche et les caractères insolites des éléments ainsi étudiés méritent qu'on s'y arrête.

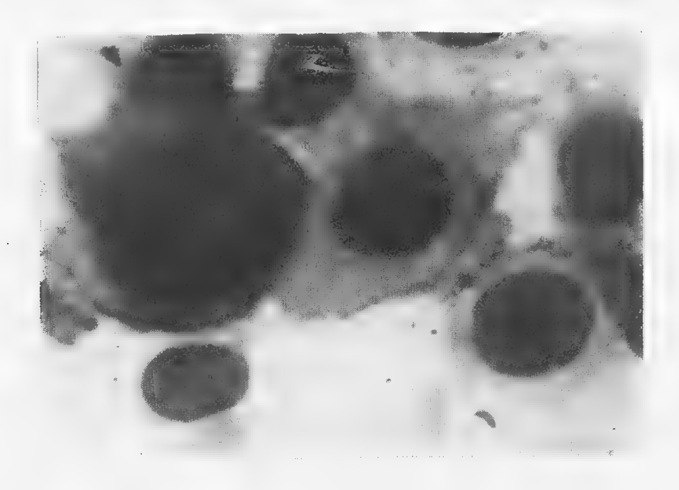


Fig. 23. — Frottis de raclage d'une lésion de pemphigus aigu.

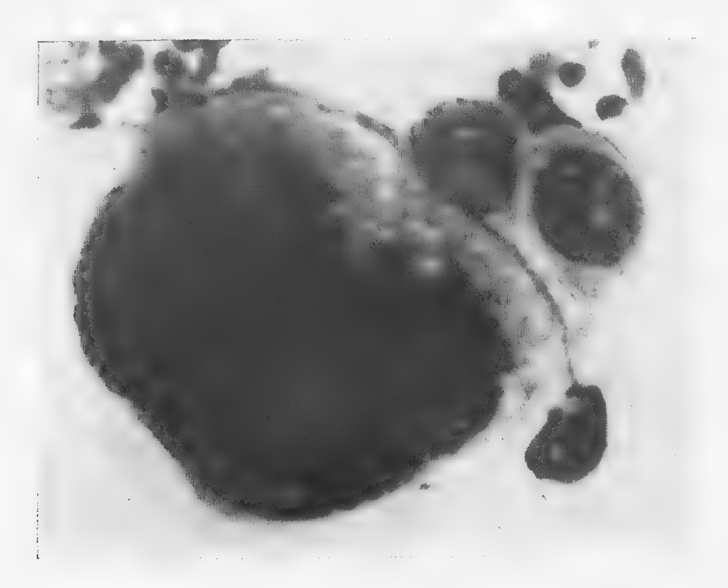


Fig. 24. — Cellule monstrueuse, en dégénérescence, observée dans le zona.

Le raclage du plancher d'une bulle de zona donne des éléments très particuliers ; parfois ce sont des éléments rappelant de loin ceux du pemphigus, mais alors que dans ce cas les éléments sont presque tous de même ordre, dans le zona on observe des cellules isolées à des stades de dévelop-

pement différents, depuis la cellule à gros noyau à protoplasma régulier très basophile jusqu'aux cellules énormes presque totalement remplies de noyaux difformes, souvent fragmentés, mais sans nucléoles. La taille de ces cellules peut atteindre celle d'un mégacaryocyte que de tels noyaux peuvent évoquer, bien que le cytoplasme soit totalement différent dans les deux cas (fig. 24).

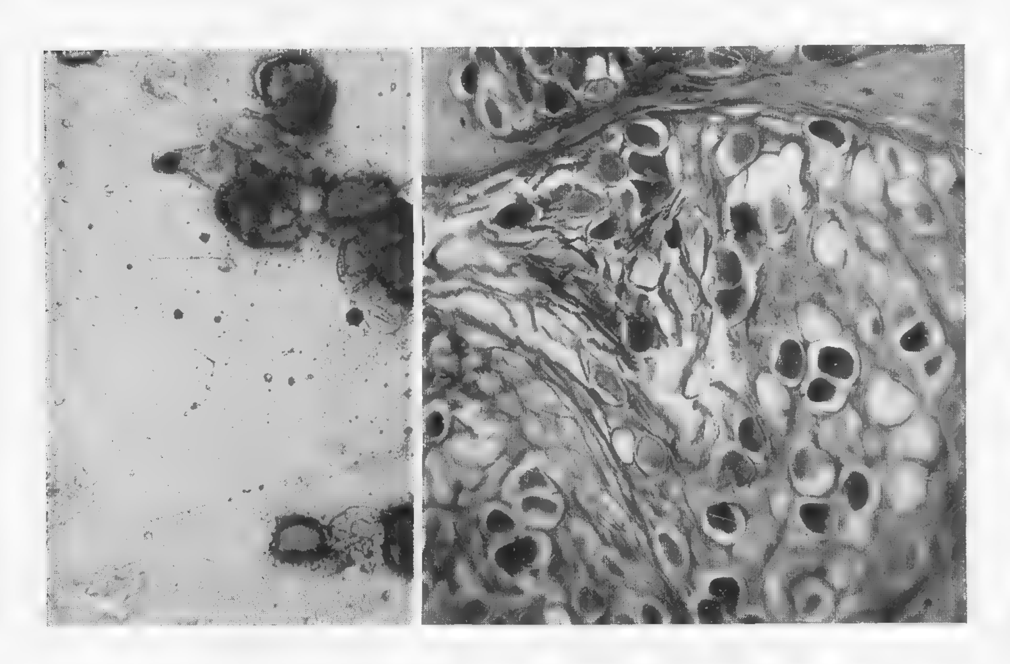


Fig. 25 et 26. — « Corps ronds » du *molluscum* sur frottis et en coupe histologique.

Nous n'insisterons ici que sur la grande facilité que l'on a à faire un diagnostic sur ces éléments ; une étude poussée de leur nature serait nécessaire.

Signalons également dans le *molluscum contagiosum* la facilité avec laquelle on voit sur les frottis les corps ronds si caractéristiques (fig. 25).

Il est juste de dire que dans ce dernier cas la biopsie fournit des images bien plus démonstratives (fig. 26).

Tels sont brièvement résumés les enseignements que, depuis dix ans, nous fournit ce mode d'investigation rapide, facile, aisément accepté du malade et qui permet d'analyser plus finement que l'examen histologique habituel ne le permet un grand nombre de lésions dermatologiques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KÉRATOSES PONCTUÉES

Par le Professeur GRZYBOWSKI (Varsovie).

Les kératoses ponctuées des extrémités constituent un chapitre dont la synthèse est loin d'être terminée. Actuellement nos connaissances de cette question constituent plutôt une collection d'observations à synonymie assez abondante ; R. Barthélemy dans le *Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique* (t. II, fasc. 2, pp. 256-258) en donne quelques spécimens. L'abondance de cette synonymie peut être expliquée par le manque des bases pour une classification autre que purement morphologique ; en réalité les dénominations sous lesquelles figurent des cas correspondants sont parfois plutôt des descriptions cliniques que des diagnostics dans le sens propre.

La confusion dans le domaine des kératoses ponctuées est telle que, même dans les fiches bibliographiques publiées dans les revues mondiales, des observations identiques figurent sous des noms différents et multiples. Le fait ne contribue nullement à la clarté du sujet et rend le travail d'analyse et de synthèse très difficile.

Il paraît cependant qu'un type de kératoses ponctuées est mieux défini que les autres : c'est celui qui figure sous les noms suivants : Porokératose papillomateuse de Brocq et Mantoux ; kératodermie maculeuse disséminée symétrique palmaire et plantaire de Buschke et Fischer ; kératodermie ponctuée de Sweitzer ; punctulate keratoses of palmes of hands and soles of feet de Galloway ; kératome disséminé héréditaire palmaire et plantaire de Brauer ; kératome disséminé héréditaire palmaire et plantaire de Junghanns. Notons que Cockayne (*Inherited abnormalities of the skin*) considère les deux derniers comme des formes quelque peu distinctes au point de vue du mode de leur transmission héréditaire.

A en juger d'après des descriptions quelque peu sommaires on ne peut pas exclure que des cas de pityriasis rubra pilaire atypique ont été publiés sous l'un de ces noms.

Il est difficile de formuler un avis sur la forme insulaire ou en bandes de la kératose ponctuée ou kératose circonscrite disséminée de Jadassohn et de Lewandowsky (voir P. Blum, *Nouv. Prat. derm.*, vol. VI, p. 336).

Les cas publiés sous les noms ci-dessus (et autres) présentent les caractères suivants :

— début dans l'enfance ou à l'âge jeune, souvent dans la période de maturité, sans cause visible et sans signes précurseurs ;

— disposition symétrique sur les plantes des pieds et les paumes des mains ; les faces de flexion des doigts sont parfois atteintes ;

— au point de vue morphologique, les lésions se présentent sous forme de perles cornées, de dimensions variables, hyperkératosiques, souvent translucides, enchâssées dans l'épiderme, très adhérentes ; ces perles se détachent en laissant des dépressions rondes ou ovalaires à fond lisse, sans signes d'un état inflammatoire ;

— la maladie est caractérisée par une évolution chronique et ne présente pas de tendance à une régression spontanée ; elle n'influence pas l'état général des malades.

La nature de la maladie est inconnue : il n'est pas douteux cependant qu'elle n'est pas de nature infectieuse.

Deux tendances s'opposent à l'interprétation de sa nature : il est certain qu'elle présente un aspect héréditaire ; Darier lui attribue même une nature nævique, et ce point de vue est soutenu par MM. Civatte et Tzanck dans l'édition récente du *Précis de Dermatologie de Darier* (v. p. 314, 5e édition).

La seconde tendance qui se manifeste souligne le caractère porokératosique de la malformation et considère que les perles kératosiques se forment autour ou dans les conduits des glandes sudoripares. Ce point de vue paraît avoir de moins en moins de partisans. Mantoux lui-même abandonne en 1916 l'hypothèse d'une hyperkératose sudoripare orificielle, en conservant d'ailleurs le nom de porokératose.

Qu'il nous soit permis de citer quelques remarques concernant ces hypothèses :

— le caractère héréditaire de la malformation ne prête à aucun doute ; il n'en est pas de même de sa nature « nævique », qui est au moins douteuse, et pour les raisons suivantes : d'abord le terme « nævus » ou « nævique » manque de précision scientifique ; d'autre part étendre la définition de « nævus » à toutes les malformations d'ordre héréditaire présente le danger de rattacher aux nævi des affections telles que le psoriasis, l'ichtyose, la kératose folliculaire, etc. ;

— le fait, indiscutable d'ailleurs, du rôle de l'hérédité dans la pathogénie de l'affection n'exclut nullement l'origine sudoripare des globes cornés, caractéristiques au point de vue morphologique de l'affection ;

— il semble que l'hypothèse d'une origine sudoripare de l'affection est abandonnée (ou presque) sans preuves suffisantes. Je précise : l'examen des microphotographies de l'affection qu'on trouve dans des différents Traités laisse à penser que, fréquemment, les biopsies étaient trop superficielles ; preuves en sont les figures 21 et 22 de l'important travail de C. Moncorps dans le *Handbuch für Haut und Geschlechtskrankheiten* de Jadassohn (vol. VIII, 2e partie, pp. 353-354). Les deux coupes intéressent presque exclusivement l'épiderme ; c'est la même impression que suggère la figure 124 (d'après Mashkilleison et Per) reproduite dans le mémoire sur les kératoses de R. Barthélemy dans le *Traité de Dermatologie* (Vol. II, fasc. 2, p. 258). Le trajet des conduits des glandes sudoripares ne figure pas sur les coupes.

En abandonnant, pour le moment, le sujet de la nature de la kératose ponctiforme, j'attire l'attention sur ce que, en dehors des cas à caractères que je viens de préciser, il en existe d'autres dont le diagnostic est encore plus délicat et dont le rapport avec les kératoses ponctuées disséminées palmaires et plantaires reste obscur.

J'ai eu récemment l'occasion d'examiner une malade qui présentait des lésions papuleuses et en nappe, avec des kératoses ponctuées particulières, qui m'ont causé quelques difficultés de diagnostic. L'analyse histologique des lésions, ainsi que le rapport de cette variété de kératose ponctuée avec les variétés précitées, me paraît être intéressante.

Mme Janina S..., âgée de 38 ans, se présente à la consultation de la Clinique Dermatologique de l'Université de Varsovie au mois d'avril 1947 pour une lésion située sur le dos du pouce et de l'index de la main gauche. La malade provient



Fig. 1. — Aspect macroscopique des lésions.

d'une famille bien portante et jouit d'une excellente santé; elle a eu une fausse couche; rien à signaler dans l'état général.

Aux dires de la malade, la lésion date depuis 7 ans et est apparue sans cause déterminée. Les lésions cutanées ont débuté par des papules kératosiques, légèrement prurigineuses, centrées par un cône kératosique. La lésion initiale augmentait par apparition de papules nouvelles qui, en devenant de plus en plus nombreuses, finirent par former une lésion en nappe.

La malade, femme intelligente, nie la possibilité d'une dermatose artificielle causée par un agent irritant ou un outil de travail; la lésion n'a pas été soignée.

Pas de manifestation analogue dans la famille ; pas de parenté entre le père et la mère de la malade.

A l'examen j'ai constaté une lésion dont la disposition est reproduite dans la figure n° 1.

Cette lésion se présentait sous forme d'une nappe à bords nets, saillante, constituée par un amas de papules fermes au toucher, hyperkératosiques, munies de cônes kératosiques ponctiformes et de dépressions rondes, ponctiformes et cratériformes, manifestement reliquats de cônes détachés.



Fig. 2. — Mêmes lésions vues à la loupe.

État actuel : rien à signaler dans l'état général de la malade sinon un embonpoint qui ne présente d'ailleurs rien de pathologique.

La lésion en question occupe le dos du pouce et de l'index gauches et une partie du dos de la main. Elle est, dans son ensemble, vaguement linéaire, à limites nettes. Sur la partie périphérique de cette nappe, des papules de 1-2 millimètres de dimension sont présentes; les contours des papules sont en partie ronds, en partie vaguement polygonaux; la partie centrale de la lésion montre une masse cornée, très adhérente, mais en même temps squameuse. L'aspect général de ces papules peut être comparé au cratère d'un volcan. La partie centrale de la lésion forme une nappe ferme, à surface kératosique dans cette partie; les papules isolées et les puits minuscules, remplis de matière kératosique, sont presque méconnaissables à l'œil nu; l'examen à la loupe les montre aisément (fig. 2). La lésion, dans son ensemble, à part quelques détails, paraissait justifier le diagnostic de lichen corné. Des doutes subsistaient et, d'ailleurs, une biopsie pratiquée a pu déterminer le peu de fondement de cette impression.

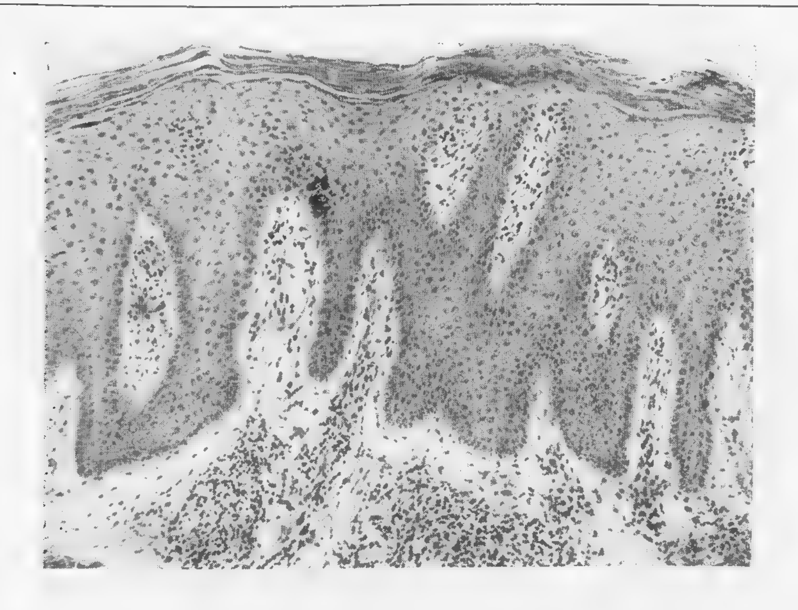


Fig. 3. — Lésions de l'épiderme et du derme superficiel.



Fig. 4. — Lésions d'une glande sudoripare.

Examen histologique. — Deux biopsies profondes ont été pratiquées : les lésions constatées dans les deux sont les mêmes. L'épiderme est épaissi dans toutes ses couches ; les bourgeons interpapillaires sont quelque peu allongés ; le corps

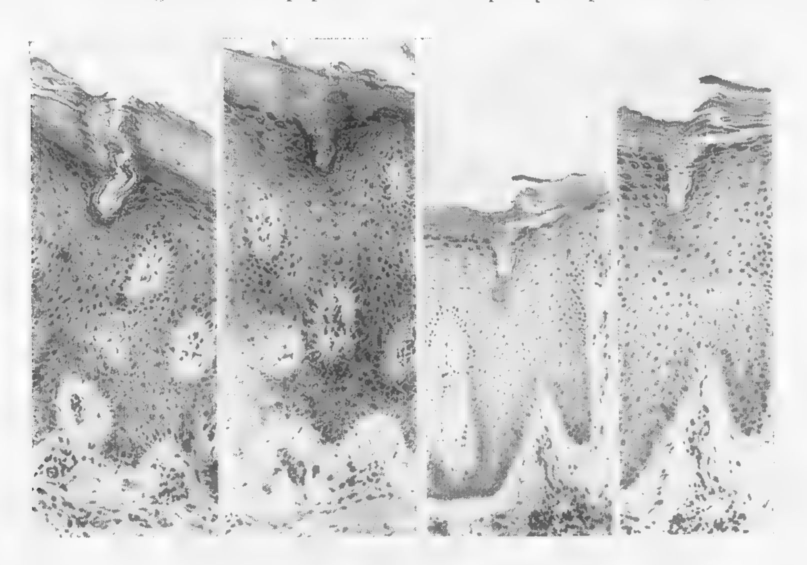


Fig. 5. — Lésions des pores sudoripares.

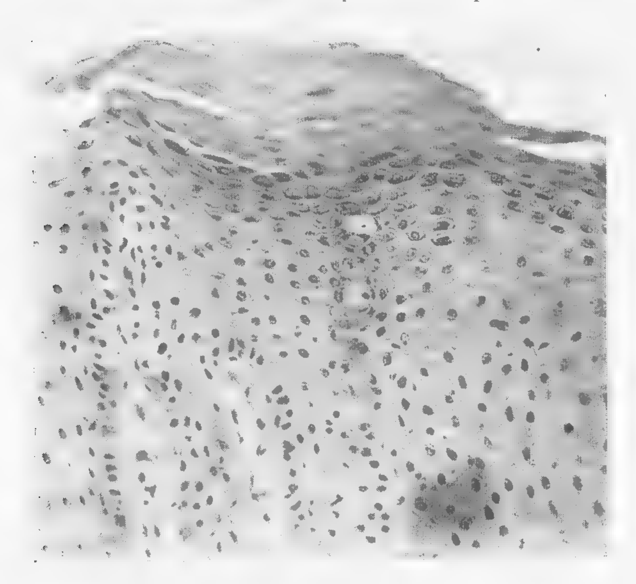


Fig. 6. — Trajet trans-épidermique des conduits sudoripares.

muqueux, à part la présence de quelques leucocytes polymorphes, ne présente rien d'anormal.

La couche cornée est nettement épaissie, par place parakératosique, en d'autres endroits hyperkératosique.

Les papilles du derme sont manifestement allongées, à part cela, elles conservent leur forme normale ; les éléments cytologiques du chorion sont nettement plus abondants qu'à l'état normal. Par endroits existent des infiltrats lymphocytaires sans aucun caractère de lésions spécifiques (syphilis, tuberculose, lichen).

Dans son ensemble, le tableau est plutôt banal ; un diagnostic histologique de lichénisation paraît s'imposer (fig. 3).

Des lésions d'un intérêt primordial concernent les glandes sudoripares et les follicules pileux.

Les conduits des *glandes sudoripares* sont entourés d'un infiltrat cellulaire, composé de cellules rondes (fig. 4) ; cet infiltrat est nettement délimité et il paraît indiscutable qu'il est lié avec le conduit de la glande et non pas seulement en rapport de voisinage.



Fig. 7. — Lésions d'un follicule pileux.

Les orifices des conduits sudoripares sont remplis d'un bouchon hyperkératosique (fig. 5). Par endroits, les squames para et hyperkératosiques sont percées par le conduit de la glande sudoripare (fig. 6). Ce tableau paraît justifier le diagnostic de porokératose ponctuée.

Les follicules pileux sont élargis, remplis d'abondantes couches para et hyperkératosiques. Les parois des follicules accusent une prolifération marquée (fig. 7).

Ce tableau correspond exactement aux lésions constatées par Mashkilleisson et Per (voir *Traité de Dermatologie*, vol. II, fasc. 2, p. 258, fig. 124/3) ; si la biopsie avait été, dans notre observation, plus superficielle les lésions des conduits des glandes sudoripares n'auraient pas été mises en évidence ; ce qui pourrait fausser l'interprétation histologique.

Discussion. — Il semble que l'ensemble des lésions morphologiques et les résultats de l'analyse histologique imposent le diagnostic de porokératose ponctiforme disposée en nappe.

Par certains détails, cette observation ne correspond pas exactement aux

porokératoses ponctiformes palmaires et plantaires, dont j'ai fait un bref résumé au début de ce mémoire, notamment : absence d'hérédité dans notre cas, localisation différente, foyer isolé et, au point de vue histologique, lésion mixte de para- et d'hyperkératose et non d'hyperkératose pure, lésions kératosiques des orifices des glandes sudoripares.

En passant en revue les cas correspondants, je trouve deux observations qui paraissent correspondre fidèlement à la nôtre.

La première est l'observation de Mashkilleisson et de Per, dont on trouve les reproductions microphotographiques et photographiques dans le *Traité de Dermatologie* (Vol. II, fasc. 2, p. 258, fig. 125).

De l'avis des auteurs, ainsi que de M. Barthélemy, ce cas rentre dans le cadre du kératoma dissipatum næviforme de Brauer qui, lui-même, n'est qu'un synonyme de la porokératose papillomateuse palmaire et plantaire de Brocq et Mantoux. Ce rapprochement pourrait suggérer que notre observation, elle aussi, n'est qu'une forme particulière de la porokératose papillomateuse de Brocq et Mantoux.

La seconde observation qui paraît correspondre exactement à la nôtre est celle de MM. Jausion et Lévy-Coblentz (*Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, vol. **47**, pp. 134-138, 1940). Les auteurs la rangent dans le cadre de la porokératose papillomateuse de Brocq et Mantoux.

Ces rapprochements conduisent à la conclusion suivante : si notre cas n'est rien d'autre qu'une variété de la porokératose papillomateuse, il nous paraît justifié d'admettre que l'étude histologique de la porokératose papillomateuse n'est pas terminée et que des biopsies plus profondes et des coupes en série sont nécessaires pour établir l'état des glandes sudoripares et les rapports des cônes cornés avec les orifices glandulaires. Si, d'autre part, on considère que notre cas ne rentre pas dans le cadre de la porokératose papillomateuse de Brocq et Mantoux, et c'est là notre avis, la nature des lésions constatées par nous mérite d'être discutée.

Quant aux lésions de l'épiderme, il semble hors de doute qu'elles sont de nature réactionnelle et qu'au point de vue histologique elles présentent des signes d'une lichénisation. Cette lichénisation est anormale par sa localisation, par la présence des cônes intraporaux et de la parakératose de surface, signe histologique plutôt rare dans les lichénisations. La lichénisation anormale constatée dans notre cas ne correspond pas exactement aux lichénisations anormales décrites par M. Pautrier. Mais, en examinant de près la question, il nous semble qu'il est justifié de la considérer comme telle : une lichénisation anormale n'est certainement rien d'autre qu'une lésion présentant, en dehors des signes *essentiels* d'une lichénisation, des signes accessoires moins caractéristiques. Or, il semble que les symptômes suivants sont caractéristiques de la lichénisation typique : siège, épaississement de l'épiderme, état inflammatoire banal, nature réactionnelle des lésions.

Ce dernier point nous semble présenter une importance particulière. J'ai signalé que les lésions, chez notre malade, sont, au point de vue histologique, de nature réactionnelle. Si ce point de vue est correct, la question se pose de la nature du facteur provoquant cette réaction épidermique. Il

nous semble plausible d'admettre que c'est à la sécrétion anormale des glandes sudoripares que peut être attribué le rôle irritant.

La physiologie de l'appareil sudoripare est peu étudiée, mais il ne semble pas douteux que la sécrétion sudorale peut devenir irritante. La présence d'infiltrats cellulaires autour des conduits sudoripares chez notre malade et la présence de cônes para- et hyperkératosiques dans les orifices des conduits sudoripares paraît suggérer cette supposition. Je pense qu'une comparaison vague avec la maladie de Fox-Fordyce peut contribuer à la clarté de ma suggestion : il semble que la nature histologique des lésions axillaires dans la maladie de Fox-Fordyce consiste dans une lichénisation (c'est le point de vue de Darier et Civatte, voir p. 210 du *Traité de Darier*, 5e édition), tandis que le syndrome complet de la maladie consiste, comme on le sait actuellement, dans une dysendocrinie.

Il paraît probable que, sous l'influence de troubles endocriniens, la sécrétion sudorale devient, dans la maladie de Fox-Fordyce, anormale, irritante, ce qui, en conséquence, conduit à un épaississement réactionnel de l'épiderme et par suite à la lichénisation.

On pourrait se demander si des troubles inconnus ne sont pas la cause d'une modification de la sécrétion sudorale dans le cas présent et ont amené à une lichénisation de la partie correspondante de l'épiderme. La combinaison histologique des lésions des glandes sudoripares et de la lichénisation de la surface nous paraît justifier ce point de vue.

TRAITEMENT DES ÉPITHÉLIOMAS DE LA PEAU PAR L'EXÉRÈSE SUIVIE DE SUTURE IMMÉDIATE

Par D. THIBAUT

(*Travail des Services de* MM. A. LOUSTE et R. J. WEISSENBACH).

Avant d'aborder ce sujet, il est indispensable de préciser que seront éliminés :

d'une part les nævo-carcinomes, tumeurs épithéliales, très spéciales ; d'autre part les épithéliomas des orifices naturels, qui naissent sur les demi-muqueuses.

De ces restrictions, il résulte qu'il s'agit exclusivement ici des épithéliomas de la peau, contre lesquels bien des agents destructeurs ont été proposés et utilisés, trop nombreux pour être énumérés. Parmi eux il apparaît que l'exérèse chirurgicale suivie de suture immédiate n'a pas assez attiré l'attention.

Elle est seulement citée dans les livres classiques et tout dernièrement, en 1942, dans la série des rapports sur le traitement des cancers cutanés, elle n'a pas été considérée à part ; il est bon cependant de préciser la place qu'elle doit occuper en chirurgie dermatologique.

Est-elle d'application fréquente ou exceptionnelle ?

La réponse à cette question nous sera fournie par le rôle dévolu à l'exérèse dans le traitement de 139 cancers au fur et à mesure qu'ils se présentaient à la Policlinique — donc non sélectionnés. Dans leur ensemble ils donnent une idée exacte et générale de ce qu'est l'épithélioma cutané car toutes les variétés y sont observées ; d'un tableau clinique bien connu, nous retiendrons ce qui nous intésesse, c'est-à-dire ce qu'il faut considérer avant l'extirpation.

Caractères du néoplasme influençant l'exérèse

Trois sont à considérer :

1° la malignité,

2° le siège,

3° les dimensions.

1° *La malignité.* — Celle-ci est relative en raison de la lenteur de l'évolution et de la limitation très nette de la tumeur tant en surface (bord perlé) qu'en profondeur (mobilité sur les plans sous-jacents). La rareté de l'infiltration est mise en évidence par les chiffres ci-dessous :

Lésions dermo-hypodermiques	137
» infiltrantes	2
	139

2° *Le siège.* — La face. — Le cancer cutané se développe sur la face dans 85 o/o des cas. Ce fait crée un champ opératoire très particulier. La peau est tantôt tendue sur les os ou les cartilages (nez et oreilles), tantôt elle est lâche et flaccide reposant sur les muscles sous-jacents (joues, régions temporales, frontales, massétérine) ; surtout elle circonscrit les orifices où elle devient particulièrement mobile.

Ainsi se constituent des zones, les unes favorables, les autres défavorables : dans nos observations, leur rapport réciproque est le suivant :

Zones favorables		Zones défavorables	
Joues	40	Nez	28
Front	15	Paupière supérieure	1
Tempe	20	» inférieure	5
Région massétérine	4	Lèvre supérieure	6
Menton	3	Oreilles	5
	82		45

Autres régions du corps. — Le cancer s'y développe peu et d'après nos constatations, il se répartit de la façon suivante :

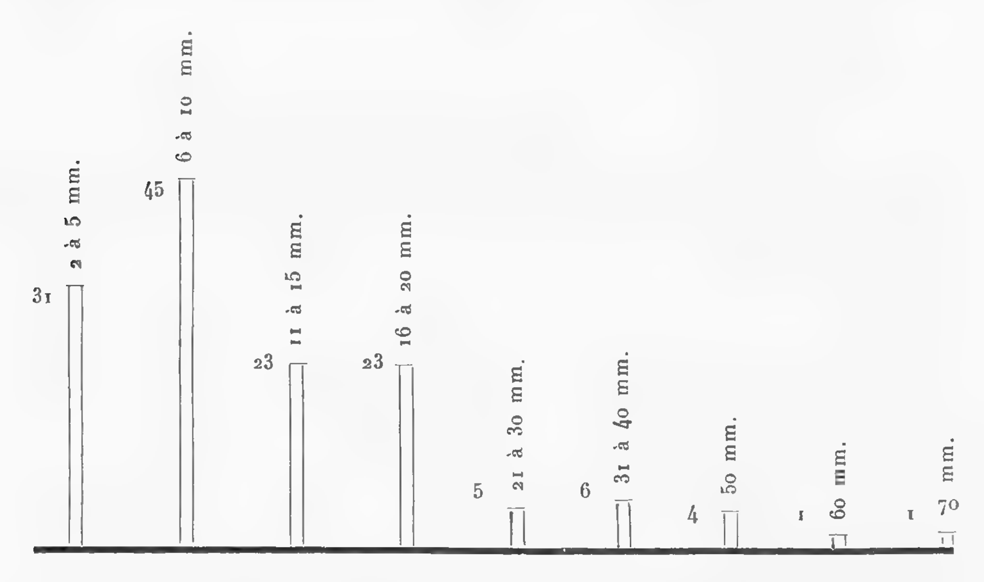
Cou	2	Fesses	1
Épaules	1	Cuisses	1
Thorax	1	Scrotum	1
Dos de la main	5		3
	9		

Il faut conclure que les épithéliomas sont deux fois plus fréquents sur les zones favorables ; il n'empêche que dans un tiers des cas ils sont en dehors d'elles, il y a là un fait qui réduirait sensiblement les possibilités d'intervention, si les dimensions des tumeurs n'étaient habituellement petites, comme le prouve ce qui suit .

3° *Les dimensions.* — Il suffit de tenir compte de la longueur pour établir, d'après celle-ci, un certain nombre de groupes :

1er »	2 à 5 mm...	31	5e groupe	21 à 30 mm.....	5
2e »	6 à 10 mm...	45	6e »	31 à 40 mm.....	6
3e »	11 à 15 mm...	23	7e »	50 mm..........	4
4e »	16 à 20 mm...	23	8e »	60 mm..........	1
		122	9e »	70 mm..........	1
					17

Si nous représentons chaque groupe par une colonne, et si dans chacune d'elles 1 millimètre représente 1 cas, nous avons la figure suivante :



Elle établit d'une façon indiscutable la prédominance des petits épithéliomas ; on peut dire que ceux dépassant 25 millimètres sont rares et que ceux atteignant 50 millimètres et plus sont exceptionnels. Ce fait incontestable, qui domine toute la thérapeutique, n'est pas assez mis en valeur. Il échappe notamment dans les instituts de radio ou radiumthérapie, où le plus souvent sont traitées des lésions graves très étendues et infiltrées, avec retentissement ganglionnaire.

L'épithélioma cutané ne se présente sous son aspect réel que dans les Services de Dermatologie où se rencontrent toutes les formes sans aucune sélection préalable. On se rend compte alors de la possibilité d'intervenir rapidement et facilement contre une lésion particulièrement accessible à nos moyens d'investigation, et il est déplorable de la voir, dans nombre de cas, atteindre des dimensions importantes en raison de l'insouciance des malades ou de leur entourage qui laissent sous leurs yeux évoluer un bobo, qu'il serait bien aisé de supprimer.

Il est d'ailleurs juste d'ajouter que l'emploi de traitements inefficaces a pu favoriser également l'extension du mal.

Déductions opératoires

En premier lieu, les 2 néoplasies infiltrantes signalées plus haut sont à écarter : elles ne sont pas dans le rayon d'action du bistouri ; très malignes, il est à craindre qu'elles ne tiennent d'ailleurs les autres traitements en échec.

En second lieu, 19 sont à rejeter en raison de leur siège et de leurs dimensions.

Cette double élimination abaisse de 139 à 118 le nombre des épithéliomas relevant de l'exérèse, celle-ci est donc exécutable dans 85 o/o des cas. Cependant de ces 118 cancers extirpables il faut en distraire 13 : 9 parce que le malade ne s'est pas représenté le jour de l'intervention, 4 parce que l'exérèse avec suture fut remplacée inutilement par l'exérèse avec greffe. Il reste donc un groupe de *105* néoplasmes répartis de la façon suivante :

Visage : zones favorables : 69 ; zones défavorables : 30 ; tronc et membres : 6.

L'intervention

Déjà décrite dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (1), elle sera seulement rappelée ici, elle comporte 3 temps :

1° Anesthésie locale;

2° Inscription de la tumeur au centre d'un fragment cutané ovalaire;

3° Ablation suivie de suture.

Une opération si simple ne devait pas attirer beaucoup l'attention des chirurgiens; aussi quand ils ont à étudier le rôle de la chirurgie en dermatologie ne lui réservent-ils que quelques mots. *Il est bon d'ajouter qu'ils en limitent l'application, quand par crainte excessive d'une récidive, ils jugent nécessaire d'extirper la lésion avec une bande de peau saine large de 1 centimètre.* Une greffe qui eut pu être évitée avec une marge de sécurité plus petite de 3 à 4 millimètres devient alors indispensable.

Suites immédiates

1° Cicatrisation au bout de 10 jours (réunion par première intention) : 60.

2° Cicatrisation constatée du 15e au 30e jour, mais probablement antérieure : 18.

3° Résultats non notés par défaillance du malade : 27.

Suites éloignées

Sur les *105* épithéliomas opérés, 48 n'ont pas été revus car les malades ne se sont pas rendus à notre appel, malgré des convocations soit par lettre, soit par visite à domicile. Il est donc impossible de préciser ce qu'il en est advenu. On est cependant autorisé à penser que beaucoup ont été guéris si l'on veut bien considérer les résultats ci-dessous et tenir compte de la mentalité des opérés qui se représentent seulement dans le cas d'une évolution défavorable.

57 ont été suivis pendant un temps plus ou moins long.

(1) D. Thibaut. — *Traitement local des dermatoses.*



FIG. 1. — A gauche : le 23 novembre 1934 ; à droite : le 14 décembre 1934.

ZONES FAVORABLES. — Trente-neuf.

	mm		mm	
Joues	3	×	7^{b}	4 ans et 9 mois
19	4	×	6^{b}	1 an et 6 mois
	4	×	10	1 an et 5 mois
	5	×	5^{b}	1 an et 4 mois
		×	5^{b}	1 an et 2 mois
		×	10^{b}	2 ans
		×	10	1 an et 6 mois
	6	×	10	11 mois
	8	×	10	1 an et 7 mois
	10	×	10^{m}	2 ans
		×	10^{b}	2 ans et 6 mois
		×	18^{b}	2 ans et 7 mois
		×	18^{b}	5 ans et 6 mois
	12	×	15	2 ans
	13	×	20	1 an et 3 mois
	15	×	15	1 an et 9 mois
		×	20^{s}	1 an et 7 mois
	18	×	18	1 an
	?		^{b}	1 an et 7 mois
Front	3	×	10	1 an et 3 mois
	6	×	7	2 ans
	8	×	10^{b}	2 ans et 5 mois
	9	×	10	2 ans et 4 mois
	10	×	10^{b}	2 ans et 4 mois
		×	$15^{?}$	1 an et 3 mois
Tempe	4	×	20^{b}	3 ans et 5 mois
11	5	×	5	6 ans (R)
		×	5^{b}	3 ans et 1 mois
	10	×	10?	2 ans et 5 mois
	10	×	15	1 an et 1 mois
	10	×	20^{b}	2 ans
	12	×	15^{b}	1 an et 5 mois
	15	×	15^{b}	2 ans et 7 mois
			^{b}	1 an et 11 mois
	20	×	20^{s}	1 an et 5 mois
	25	×	30	4 ans
Région massé-térine	4	×	10^{b}	2 ans
2	10	×	15	2 ans et 5 mois
Thorax	5	×	5	1 an et 7 mois

ZONES DÉFAVORABLES. — Dix-huit.

Zone	mm		mm	Durée
Nez	5	×	5^s	3 ans et 7 mois
			^{b}	1 an et 5 mois
			^{b}	2 ans et 9 mois
				2 ans et 1 mois
	8	×	^{b}	1 an et 1 mois
	7	×	18^b	1 an
	8	×	2	6 ans et 7 mois (R)
	10	×	10^m	1 an (R)
			^{b}	3 ans
			16	4 ans et 5 mois (R)
Lèvre supérieure 5	5	×	5^b	2 ans et 2 mois
	7	×	10^b	2 ans
	10	×	10^b	2 ans et 7 mois
	10	×	15	1 an et 2 mois
		×	20^b	3 ans
Oreille	10	×	10^s	1 an
Pli rétro auriculaire 2		×	20^b	2 ans
Main 1	10	×	20	2 ans et 4 mois



FIG. 2. — A gauche : le 22 novembre 1934 ; à droite, le 20 mai 1935.

L'examen des sujets a montré dans 52 cas une cicatrice parfaitement souple, linéaire, perdue dans les plis cutanés, à peine visible, à ce point que le malade est souvent obligé de la désigner à l'opérateur ; elle n'est jamais chéloïdienne.

Dans 5 cas, elle représentait un petit nodule induré qui devait être con-

sidérée comme une récidive. Celle-ci est d'ailleurs minime, sans aucune gravité et sera facilement supprimée par un exérèse biopsie. Il faut signaler qu'elle s'est produite dans les zones défavorables 4 fois sur 5.

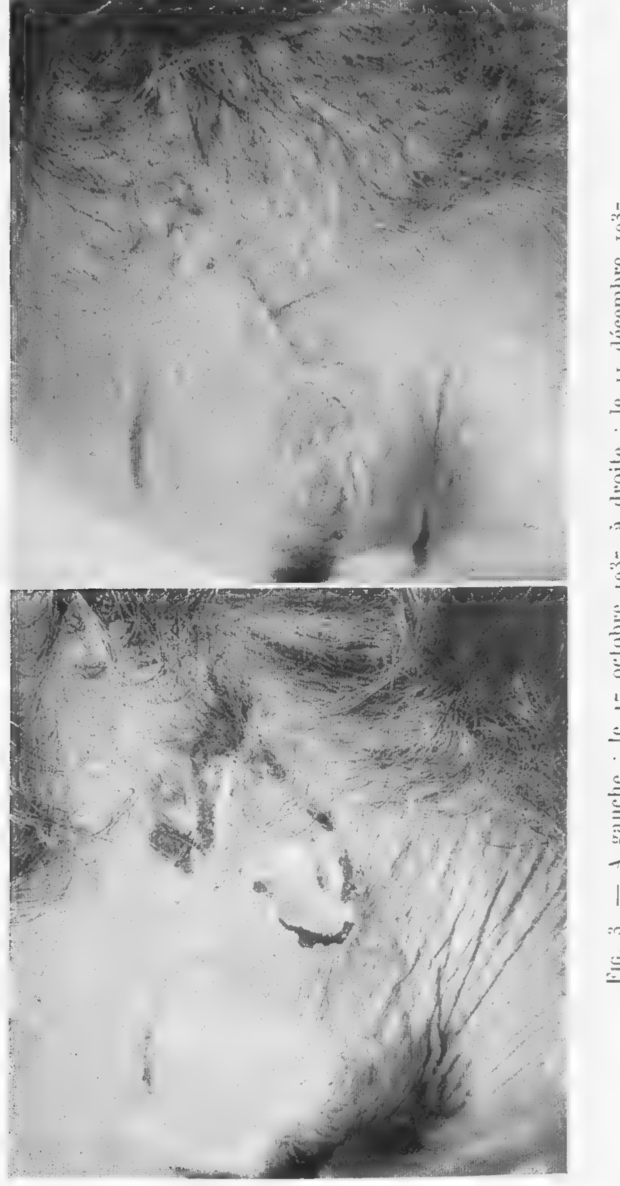


Fig. 3. — A gauche : le 17 octobre 1937, à droite : le 11 décembre 1937.

De plus elle s'est faite tardivement : il en résulte qu'il y a lieu de ne pas accepter trop facilement la guérison définitive et qu'il serait prudent de surveiller la cicatrice à de longs intervalles pendant plusieurs années.

Anatomie pathologique

Toutes les formes des épithéliomas ont été observées. Le plus souvent ulcéro-croûteux, ils étaient d'autres fois simplement ulcéreux, ou végétants ou cicatriciels. Le rebord était plus ou moins marqué et induré; il prenait ordinairement l'aspect perlé classique ou devenait exubérant, constituant un véritable bourrelet.

Les types plus rares, nodulaires ou sclérodermiformes furent également rencontrés.

Quelle que soit la variété l'exérèse peut être effectuée. Sur les 57 épithéliomas opérés et revus, 37 ont fait l'objet d'examens histologiques qui ont donné les résultats suivants:

Baso-cellulaire	29
Spino-cellulaire	6
Mixte	2

Conclusions

Elles résultent des faits établis plus haut. Il a en effet été démontré :

1° Que l'exérèse s'applique à la grande majorité des cancers cutanés : 80 o/o ; les 20 o/o relevant soit de la chirurgie avec greffe soit de la radio ou radiumthérapie.

2° Qu'elle donne une guérison rapide en 10 à 20 jours.

3° Qu'elle laisse des traces à peine visibles.

4° Qu'elle est une intervention très simple à la portée de tout dermatologiste, habitué par ailleurs au maniement de la curette ou du scarificateur.

5° Qu'elle est précise, extrayant le mal entièrement, mais respectant au maximum les tissus sains.

Cependant il est indispensable de s'assurer qu'il s'agit d'épithélioma et on le fera par l'examen clinique complété s'il y a lieu par la biopsie.

De la sorte seront éliminés la tuberculose, les sarcomes ou fibro-sarcomes, surtout les nævo-carcinomes, qui souvent, mais non toujours, apparaissent sur des nævi pigmentaires. Dans ce cas le prélèvement est dangereux et contre-indiqué formellement, s'il n'est suivi de la destruction immédiate de la zone où s'est effectuée la biopsie par l'électrolyse bipolaire ou par l'électro-coagulation bien dosée.

La nature de la tumeur doit donc être établie par des dermatologistes avertis et c'est pourquoi l'intervention ne peut être décidée que par eux. Il serait aussi souhaitable qu'ils l'effectuent et qu'ils ne se déchargent pas sur d'autres, moins compétents, du soin de conduire le malade à la guérison. Ainsi diminuerait le risque, qui est grand, de voir le malade échapper à leur contrôle et de ne pas pouvoir se rendre compte des résultats soit immédiats soit tardifs.

L'exérèse simple avec suture appartient à la dermato-chirurgie, dont elle constitue une partie importante. Elle est susceptible d'un emploi bien plus fréquent que l'excision avec greffe, sur laquelle les traités classiques s'étendent sans faire remarquer la rareté de son application. Elle a enfin deux avantages : l'un pratique, de ne pas exiger un appareillage coûteux et compliqué, l'autre scientifique, de permettre un examen anatomo-pathologique portant sur toute la tumeur et non sur une partie ; on sait les réserves que comporte tout examen histologique parcellaire. L'étude cytologique et architecturale des néoplasies cutanées sera grandement facilitée par cette façon de les traiter.

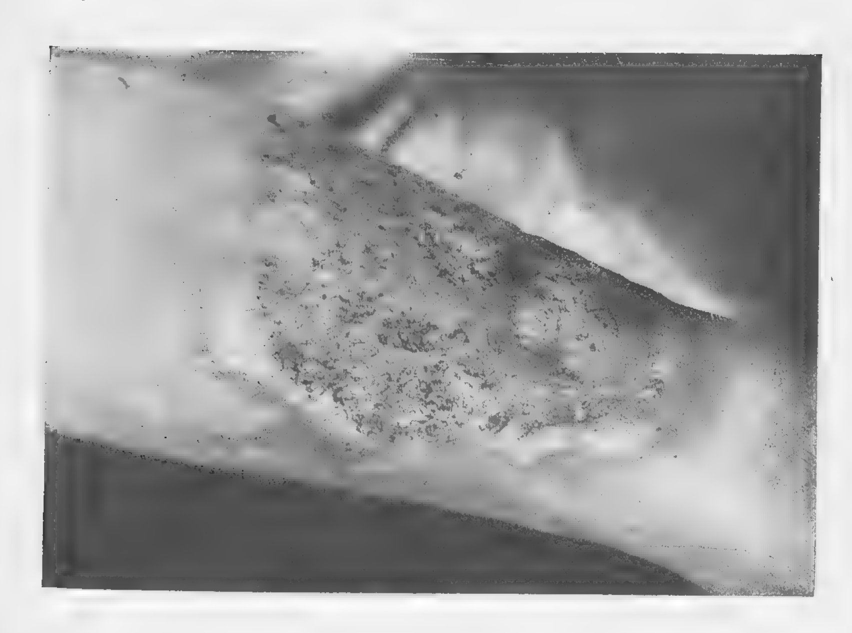


Fig. **101**. — Blastomycose de la jambe (Grzybowski, Varsovie).

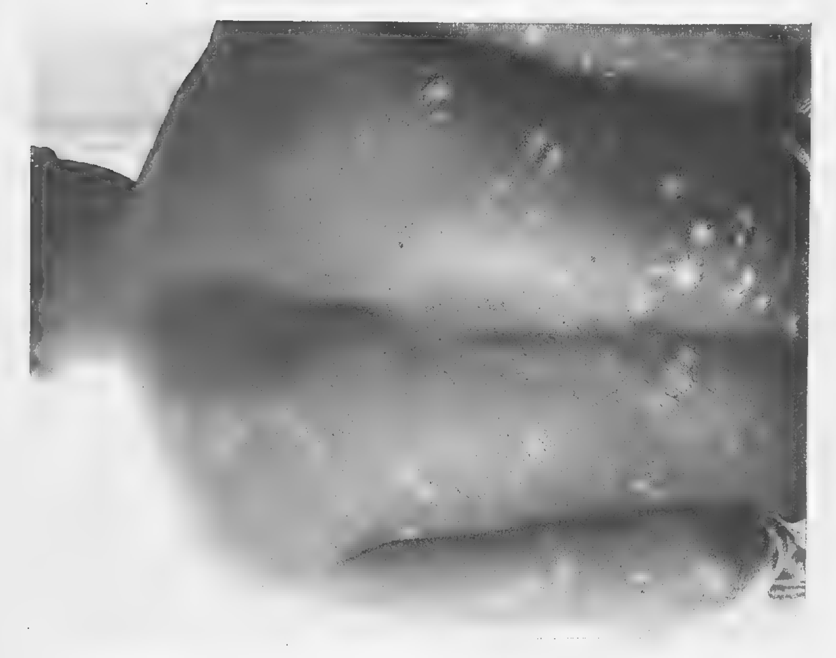


Fig. **100**. — Pian (Oswaldo G. Costa, Belo Horizonte, Brésil).



Fig. 102. — Prémycosis fongoïde hyperchromiant et achromiant (homme de 67 ans). (Gougerot).



Fig. **103** — Acné décalvante de Quinquaud (Watrin, Nancy).



Fig. 104. — Elastome diffus de Dubreuilh (femme de 70 ans) (Touraine).



Fig. 105. — Milium ou grutum (Gaté, Lyon).

ÉTUDE DE LA SENSIBILITÉ A LA LUMIÈRE AVEC DES MATIÈRES SENSIBILISATRICES DANS LES CAS DE PELLAGRE OBSERVÉS EN 1945-1946

CONCLUSIONS CONCERNANT L'ÉTIOLOGIE DE LA PELLAGRE

Par VAMOS et HEGEDUS

(*Travail de la Clinique Dermatologique de l'Université Pázmány Péter à Budapest. Directeur* : Prof.-Dr F. Földvári).

Avant la deuxième guerre mondiale la pellagre existait à peine en Hongrie. De 1926 à 1944 nous n'avons pu en observer, à vrai dire, que 5 cas. Dès le printemps de 1945, le nombre des pellagreux commença à augmenter et, au printemps de 1946, nous avons vu, en général, 1 à 2 cas de pellagre par semaine. Ayant pu en observer un nombre assez élevé (environ 20-25 cas) nous nous sommes efforcé de tirer, de leur examen, des conclusions concernant l'étiologie de la maladie.

*
* *

Au point de vue de la symptomatologie, il est intéressant de noter que presque tous les cas furent diagnostiqués par un dermatologue, quoique quelques-uns aient souffert de diarrhée depuis déjà quelques semaines pendant lesquelles ils reçurent un traitement de pathologie interne. A côté de l'ancienne triade de Merck (diarrhée, dermatite, délire), nous avons trouvé les cinq symptômes de Kassirsky-Burova, notamment : 1° sur la peau, 2° dans le système nerveux et psychique, 3° dans le tube digestif, 4° la cachexie générale, les troubles du métabolisme de l'eau, des sels et de la cholestérine, 5° enfin une altération de la formule sanguine. Les symptômes cutanés affectaient particulièrement les mains, parfois les pieds, le visage, le cou. Nous avons souvent observé une inflammation vésiculeuse, quelquefois douloureuse, sur les lèvres, une couleur rouge vif et de profondes gerçures de la langue (glossodynie).

Il est bien connu que, autrefois, on a vu paraître la pellagre surtout dans les pays consommateurs de maïs. Cependant, étant donné que tous les habitants ne devenaient pas malades, certains auteurs ont souligné l'importance du maïs avarié. D'autre part, au point de vue de cette même théorie du maïs, une autre difficulté était que la pellagre apparaissait aussi sur des individus qui n'avaient jamais consommé de maïs, mais surtout à la suite d'une alimentation uniforme ou insuffisante, par exemple chez des cancéreux, des aliénés ou des alcooliques. Aussi la plupart des auteurs conçoivent-ils à présent la pellagre comme un syndrome dû à des causes différentes. D'après O'Leary on pourrait distinguer cinq groupes de pellagre : 1° des cas développés au cours d'une alimentation normale ; 2° des cas développés au cours d'une alimentation uniforme, principalement pauvre en albumines et vitamines et riche en hydrates de carbone ; 3° des cas secondaires à une maladie du tube digestif qui empêche l'ingestion de l'absorption de la nourriture nécessaire ; 4° la pellagre des aliénés qui refusent la nourriture ; 5° la pellagre des alcooliques.

Presque tous nos cas concernaient des individus s'alimentant, sans exception, très mal ou insuffisamment. C'étaient ordinairement des hommes ou des femmes âgés, vivant seuls ou souvent à peine tolérés par des familles nombreuses. Leur interrogatoire révélait qu'ils n'avaient pas vu de viande ni d'œuf depuis des mois. Leur nourriture unique se composait d'un peu de soupe et de légumes secs. Nous n'avons pas vu de pellagre chez des individus s'alimentant au moins suffisamment. Nous n'avons observé qu'une seule pellagre chez un alcoolique, en septembre 1946. D'après nos constatations, les cas de pellagre d'origine alcoolique se développaient en général toujours après la consommation d'une grande quantité d'alcool concentré et il est normal que ceux-ci disparurent lorsque, jusqu'à ces derniers temps, il fut impossible d'acheter de l'alcool. De même, dans les deux dernières années, nous n'avons pas observé de pellagre chez des aliénés.

Ces faits rendent vraisemblable que tous nos cas puissent être rangés dans le groupe des pellagres par alimentation insuffisante.

Étant donné que, jusqu'à août 1947, les grandes masses étaient contraintes à se nourrir de manière presque uniforme à la suite des difficultés économiques, on peut rechercher, d'après nos cas, quelle absence de certaines matières alimentaires a pu provoquer la pellagre.

Une grande partie de nos malades a consommé du maïs, surtout sous la forme de pain de maïs ; mais c'est ce qu'ont fait aussi les autres membres de la famille chez lesquels la pellagre ne s'est cependant pas développée.

C'est Funk qui, le premier, a souligné que la pellagre serait produite par l'insuffisance des vitamines. Selon Wilson la vitamine B_2 ne se trouve pas dans le maïs. Goldberger et Wheeler ramènent toute la question de la pellagre au manque de l'acide nicotinique. Mais, selon Beznák, le maïs est assez riche en acide nicotinique. On peut cependant provoquer des symptômes pareils à ceux de la pellagre sur des animaux alimentés sans vitamine B ou sans vitamine N ; mais les symptômes de cette pellagre ne

répondent pas à ceux de la pellagre humaine. Que la pellagre soit produite par la seule carence en acide nicotinique, le fait n'est pas vraisemblable à la suite des recherches expérimentales que l'on a faites en supprimant l'acide nicotinique. La suppression absolue de cet acide, soit expérimentalement soit au cours d'une alimentation insuffisante, a déterminé selon Joliffe, Bowman, Rosenblum et Fein (1940) le plus souvent une encéphalopathie dont les symptômes principaux étaient le trouble de conscience, l'hypertonie musculaire et l'exagération des réflexes de déglutition. Dans la carence partielle en acide nicotinique les premiers symptômes sont une sensation de tension abdominale, la diarrhée, une langue rouge, la prédisposition à l'angine de Vincent. Dans les expériences, sur le chien, de Zimmermann, Cowgill et Fox (1937) la suppression absolue de l'acide nicotinique avait provoqué un collapusus rapide et fatal ; mais après suppression lente et partielle c'était un syndrome d'allure ataxique qui s'était développé ; le tonus musculaire et les réflexes inférieurs diminuaient aussi, et même, éventuellement, disparaissaient totalement. Ces auteurs ont observé, dans les examens d'histologie pathologique, la dégénération des gaines à myéline, des lésions des cordons postérieurs de la moelle épinière et des fibres préganglionnaires. On peut constater que les symptômes qui apparaissent aussi bien chez l'homme que chez l'animal à la suite du retrait partiel ou total de l'acide nicotinique ne répondent pas complètement à l'image de la pellagre humaine. Que la carence en acide nicotinique ne soit pas la seule cause de la pellagre, le fait est encore démontré par les résultats thérapeutiques ; l'acide nicotinique, seul, ne guérit qu'une partie des symptômes, aussi la plupart des auteurs recommandent-ils l'ingestion de beaucoup de viande rouge, d'extraits de viande, de foie, d'œufs, de légumes verts et frais, de lait et de levain. Certains troubles guérissent par d'autres éléments du complexe vitaminique B, notamment les troubles nerveux par la vitamine B_1, la chéïlite, l'angine infectieuse, la stomatite plutôt par la riboflavine. Selon certains auteurs encore, la carence en pyridoxine, en acide pantothénique et même en vitamines A et C joue aussi un rôle dans le tableau pathologique. Considérer la pellagre comme une maladie due à la carence en acide nicotinique ne peut pas, non plus, s'appuyer sur la recherche quantitative de l'acide nicotinique et de la codehydrogénase I et II car, souvent, on ne trouve pas de diminution essentielle. Il est vraisemblable que, en plus de la carence en complexe B, une carence d'autres facteurs, des sels et des albumines animales, intervient aussi et est d'une influence décisive.

Mouriquand a vu se développer la pellagre sur des cobayes nourris de maïs, mais seulement si ces animaux étaient, en plus, sous-alimentés. D'après cet auteur, la pellagre est une maladie liée à une alimentation insuffisante, une maladie par carence qui serait produite par l'insuffisance de plusieurs espèces de matières alimentaires, notamment par celle des acides aminés, des vitamines et des sels. Bicknell et Prescott (1942) considèrent, eux aussi, la pellagre comme une maladie par pluri-carence. Si nous acceptons cette pathogénie, la plupart des cas de pellagre sont expli-

cables étiologiquement ; mais, dans une partie des cas, la nourriture même ne contient pas une substance alimentaire suffisante ; dans les cas de pellagre secondaire, y compris aussi la pellagre des alcooliques, la substance alimentaire est suffisante mais ne peut pas être absorbée en quantité correspondante par suite d'une affection des intestins (par défaut d'assimilation).

Dans nos cas de pellagre, il est incontestable que chacun d'eux s'est développé comme conséquence d'une alimentation insuffisante. Résumons quelques cas caractéristiques :

1. Agent d'affaires, âgé de 64 ans. Depuis quelques jours, lésions sur les métacarpes. Il mange une fois par jour à la cuisine populaire (4 avril 1945).

2. Personne à charge, âgée de 76 ans. Lésions sur les métacarpes et la face dorsale des pieds. Alimentation uniforme; pour la plupart du temps, soupe au chou (18 mars 1946).

3. Compagnon cordonnier, âgé de 51 ans. Lésions sur le dos des mains et les surfaces exposées au soleil, depuis trois semaines. Glossodynie. Diarrhée. Psychisme troublé, instabilité mentale (il pleure souvent). Malade délabré. Il ne mange guère de viande, d'œufs; il ne mange chaque jour que de la soupe et parfois des légumes (24 avril 1946).

4. Compagnon charcutier, âgé de 48 ans. Lésions sur les métacarpes et sur les surfaces exposées au soleil; diarrhée. Il ne mange que de la soupe et des légumes (31 mai 1946)

5. Tourneur sur fer, âgé de 48 ans. Depuis trois semaines, lésions sur les surfaces exposées au soleil, les mains, le visage. Diarrhée. Il ne consomme pas d'albumines animales (5 juin 1946).

6. Femme sans profession, âgée de 48 ans. Depuis trois mois, lésions sur les régions exposées au soleil. Elle mange des légumes et de la soupe et ne consomme pas d'albumine (28 mars 1945).

7. Femme sans profession, âgée de 66 ans. Depuis deux semaines, lésions du dos des mains. Elle mange des pommes de terre, des nouilles et des haricots.

8. Femme sans profession, âgée de 36 ans. Pour la première fois au printemps 1945 et pour la deuxième fois en mai 1946, lésions sur le dos des mains et sur les pieds. Alimentation uniforme et insuffisante.

9. Femme sans profession, âgée de 54 ans. Depuis deux mois, lésions sur le dos des mains. Elle s'est alimentée insuffisamment, sans albumine animale (31 mai 1946).

10. Femme sans profession, âgée de 46 ans. Après un bain de soleil, lésions depuis trois semaines sur le dos des pieds et des mains. Alimentation sans albumine (21 juin 1946).

11. Femme sans profession, âgée de 47 ans. Depuis trois semaines, lésions sur le dos des pieds, des mains, sur les jambes. Alimentation pauvre en albumine et insuffisante (21 juin 1946).

12. Personne à charge, sans profession, âgée de 70 ans. Depuis quatre semaines, forte diarrhée et lésions sur le dos des mains et des pieds, sur les avant-bras et sur les jambes (10 juillet 1946).

13. Femme sans profession, âgée de 65 ans. Depuis une semaine, lésions sur le dos des mains. Elle n'a consommé aucune albumine. Angine infectieuse (juillet 1946).

14. Femme à charge, sans profession, âgée de 86 ans. Depuis deux semaines, lésions sur le dos des pieds. Forte anémie, diarrhée, instabilité mentale (juillet 1946).

Wilson a montré que la valeur biologique des différentes albumines est très variée. Un individu du poids de 70 kilogrammes a besoin, par jour,

de 30 grammes d'albumine animale, de 34 grammes de protéine de riz, de 76 grammes de farine de froment, de 107 grammes de farine de maïs. Si un sujet ne mange que de la farine de maïs, il n'en obtient pas les 107 grammes de protéine pour satisfaire les besoins de son organisme ; il tombe malade de la pellagre. Mais si, en plus, il consomme quelque albumine animale, les symptômes de la pellagre ne se développent pas chez lui.

En interrogeant nos malades, nous avons pu penser qu'ils recevaient des sels en quantité suffisante. Comme les cas arrivaient au printemps et en été, ils avaient aussi reçu les vitamines A et C en quantité suffisante. Le plus grand nombre d'entre eux a consommé aussi du maïs (pain de maïs), recevant ainsi la vitamine N en quantité suffisante car, comme nous l'avons indiqué, le maïs contient de l'acide nicotinique en quantité suffisante. Au contraire, aucun d'eux, sans exception, n'a consommé d'albumine animale. Mais on peut se demander pourquoi la pellagre s'est développée sur ces individus et non sur les autres membres de la famille. A cette question certains auteurs, notamment Boyd et McLean, ont répondu en invoquant une prédisposition. D'après Machwiladse, 40-50 o/o des hommes seraient prédisposés à la pellagre ; ceux qui, dans une famille, sont restés indemnes manquaient de cet état de prédisposition. Nous avons soigneusement interrogé nos malades à fond sur ce point de vue particulier. Nous pouvons affirmer que les pellagreux étaient toujours les membres tolérés de la famille, qui ne travaillaient pas, qui étaient occupés à la maison et qui vivaient surtout de charité en cette période particulièrement difficile. La plupart d'entre eux se rendaient compte de leur situation et donnaient leurs meilleurs morceaux aux travailleurs et aux enfants ; ceux-ci recevaient ainsi la quantité d'albumine absolument nécessaire et évitaient la maladie. Ailleurs, c'est une gastro-entérite qui a été l'occasion d'une pellagre qui s'est ensuite développée irrésistiblement à la manière d'un cercle vicieux. Enfin nous négligerons ici les liens de la pellagre avec l'hypothalamus ou avec le tube digestif (voir : *Communications médicales*, n° 50, 1944).

Spies recommande, pour la guérison de la pellagre, 0 gr. 50 par jour d'acide nicotinique par la bouche ou, au cas d'une gastro-entérite, si l'absorption était incomplète, 10-20 milligrammes quatre fois par jour, par voie parentérale. Mais la plus grande partie des auteurs, avec Sebrell, recommandent en outre un régime alimentaire riche en calories (3.000-4.000 calories), chaque jour, un demi-litre de lait, de crème fouettée, et de foie ou bien 200-300 grammes de levure sèche et des injections de foie. Comme nous l'avons signalé nous n'avions pas la possibilité de donner aux malades de l'acide nicotinique, en raison du manque complet de ce médicament ; nous ne pouvions pas, non plus, nous procurer d'albumines animales, et en particulier de la viande, nous devions nous contenter de donner quelques œufs et pourtant les symptômes pellagreux régressaient en général assez vite. Nous pouvons tirer la conclusion de ce fait que c'est

vraisemblablement la carence en premier lieu des albumines, notamment celle des albumines animales, qui a produit la pellagre dans nos cas et que l'acide nicotinique était d'une importance grande et même décisive.

L'autre point de vue que nous voulons montrer dans ces examens est la question de la sensibilisation à la lumière ou bien celle de la porphyrine. Dans tous nos cas, à l'exception d'un seul, nous n'avons vu se développer les manifestations cutanées que sur les surfaces exposées au soleil. Les symptômes paraissaient toujours, au printemps sous l'influence du soleil, ce qui démontre évidemment l'importance du soleil au moins dans la production des symptômes cutanés.

Le rôle de la porphyrine comme matière sensibilisatrice n'est pas encore prouvé. Dans nos examens nous avons trouvé de la porphyrine presque chez tous les malades pellagreux. Ce résultat semble renforcer le soupçon que la porphyrine joue un rôle dans la pathogénie de la maladie, mais il va de soi qu'on ne peut conclure si la porphyrinurie n'est qu'un symptôme ou si la porphyrine produit elle-même les autres manifestations pathologiques. Nous avons appris par les expériences de Hausmann qu'on peut, avec la porphyrine, rendre artificiellement sensible la souris blanche à la lumière. De même, on sait que dans une partie des cas d'*hydroa æstivalia* la porphyrine existe en quantité pathologique. L. Borza a examiné, à la Clinique, presque tous nos pellagreux à ce point de vue et il a trouvé, chez la plupart d'entre eux, la porphyrine en quantité pathologique. Pour rechercher ce corps il a employé la méthode de Brugsch, modifiée par Sümegi et Szodoray. Cette méthode est la suivante : on jette quelques cristaux d'acide acétique dans l'urine puis on l'agite avec de l'éther. On laisse déposer le mélange, puis l'extrait étherique est stratifié au-dessus avec de l'acide chlorhydrique en concentrations différentes (0,25 o 0-1 o/o-2 o/o). Dans la solution d'acide chlorhydrique à 0,25 o/o passe l'hémato-coproporphyrine, dans celle à 1 o/o la deutoporphyrine, dans celle à 5 o/o la protoporphyrine tandis que l'uroporphyrine, insoluble dans l'éther, reste dans l'urine. Ces solutions sont examinées à la lumière de Wood, et s'il existe de la porphyrine dans l'une d'elles elle détermine un cercle d'une largeur différente et de couleur rouge vif à la limite de l'éther et de l'acide chlorhydrique, d'intensité proportionnelle à sa concentration. Dans deux cas de pellagre seulement, on n'a pas réussi à trouver de la porphyrine alors que dans tous les autres elle existait en proportion élevée. Il s'agissait surtout de coprohématoporphyrine, alors que l'uroporphyrine n'existait qu'en moindre quantité.

Dans les cas de pellagre alcoolique, des lésions du foie existaient en général et, presque toujours, la porphyrine était en excès pathologique. Le fait peut se réaliser dans la pellagre soit par la destruction de l'hémoglobine et par la production en excès de coproporphyrine, soit à la suite de la diminution de la capacité du foie pour séparer la porphyrine. Selon la conception actuelle la porphyrine ou bien se produit à l'intérieur de l'organisme, dans le foie, dans la moelle et dans les reins, ou bien elle

s'absorbe dans le tube digestif au cours d'une nutrition riche en hydrates de carbone, comme Malinkrodt et Haupt l'ont récemment observé. Passée dans l'organisme, la porphyrine se décompose dans le foie ou pénètre dans la circulation sanguine. Dans ce cas, la sensibilisation ne se développe pas en raison de lésions hépatiques mais sous l'influence de la porphyrine absorbée par le tube digestif. La possibilité d'une telle éventualité a pu exister dans nos cas, à la suite d'une alimentation riche en hydrates de carbone. Kühnau n'a pas trouvé de connexion constante entre l'entrée de l'acide nicotinique et la porphyrinurie. Dans quelques cas il a pu diminuer la porphyrinurie avec la « niacin » ; dans les autres cas, non. Nous émettons aujourd'hui l'hypothèse que ce n'est pas l'accumulation de la porphyrine qui est la cause des symptômes de la pellagre ; mais elle joue probablement un rôle important dans la pathogénie de la sensibilisation à la lumière et dans celle des symptômes nerveux et psychiques.

*

* *

En conclusion générale nous pensons que les cas de pellagre observés à Budapest en 1945 et 1946 furent produits, sans exception, par une alimentation uniforme et insuffisante, non par une carence en sels ou en vitamines mais, en premier lieu, par une carence en albumines animales.

Presque tous ces cas se sont accompagnés d'une porphyrinurie pathologique.

BIBLIOGRAPHIE

Kassirsky et Burowa. — *Arch. Schiffs. u. Tropenhyg.*, **36**, 1932, 323.
O'Leary. — *Med. Clin. N. Am.*, **10**, 1926, 647.
E. H. Funk. — *Progrès méd.*, 1921, 261 ; 1923, 265 ; 1924, 286.
W. H. Wilson. — *Brit Med. J.*, 1930, 101.
Godberger et Wheller. — *Publ. Health Rep.*, 1915 ; *J. A. M. A.*, 1916.
Jolliffe, Bowmann, Rosenblum et Fein. — *J. A. M. A.*, **114**, 1940, 307.
Zimmenann, Cowgill et Fox. — *Arch. Neurol. and Phychol.*, **37**, 1937, 286.
M. Mouriquand. — *Presse Méd.*, 1925, 1473.
Mouriquand et Weil. — *J. Méd. Français*, **9**, 1920, 169.
Bicknell et Prescott. — *Vitamins in Medicine*, London, 1946.
Boyd et McLean. — *J. Army med. corp.*, **34**, 1920, 173.
Machwiladse. — *Arch. Schiffs. u. Tropenhyg.*, **33**, 1929, 18.
Spies. — *Lancet*, **252**, 1938.
Sebrell. — *J. A. M. A.*, **110**, 1938, 1665.
Hausmann et Haxthausen. — *Die Lichterkrankungen der Haut*, 1929.
Sümegi et Szodoray. — *Dermatologica*, **90**, 1944, 233.
Malinkrodt et Haupt. — *Klin. Wschr.*, **1**, 1941, 190 ; *Zbl. f. Parasitärkunde*, **9**, 1937, 680.
Kühnau. — *Strahlentherapie*, **66**, 1939, 24 ; *D. Med. Wschr.*, **34**, 1937, 1366.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE
organisée par le Collège Royal des Médecins de Londres du 8 au 13 septembre 1947

Section de Dermatologie.

Compte rendu par L. M. PAUTRIER

Le Collège Royal des Médecins de Londres a organisé du 8 au 13 septembre 1947 une Conférence Médicale internationale, qui a été une des premières grandes manifestations d'après guerre groupant des médecins de tous pays.

Placée sous la présidence du Très Honorable Lord Moran of Manton, M. C., M. D. et le secrétariat étant assuré par notre collègue dermatologiste G. B. Mitchell-Heggs, O. B. E., M. D., F. R. C. P., elle comprenait des sections de Médecine générale, de Cardiologie, d'Affections pulmonaires, de Neurologie, de Pédiatrie, de Psychiatrie et Neurologie, de Médecine sociale et de Dermatologie et n'a pas réuni moins de 1.416 inscriptions dont 176 provenant de médecins étrangers (à noter l'importance du nombre des Tchécoslovaques, plus de 40). Parmi les médecins français, on peut citer les Professeurs Alajouanine, Barré, Chabrol, Garcin, Laubry, Lenègre, Lian, Pautrier, qui étaient à peu près tous invités, étant chargés d'un rapport.

Malgré l'intérêt offert par certaines communications, et en particulier par celle de Sir Alexander Flemming sur la pénicilline, nous nous bornerons à donner un court aperçu des séances de la Section de Dermatologie, qui était présidée par Sir Archibald Gray. Parmi les professeurs étrangers qui y participaient, il faut citer les Professeurs Gans (Bombay), Grzybowski (Varsovie), Haxthaüsen (Copenhague), Herrmanns (Rotterdam), le Docteur Lomhölt (Copenhague), le Professeur Pautrier (Strasbourg).

L'horaire de travail, très confortablement conçu, ne comportait des séances que tous les matins, les après-midi restant libres pour les promenades dans Londres et les réceptions.

La première matinée fut consacrée à la question du **traitement de la tuberculose cutanée par la vitamine D** et comportait des rapports présentés par le Docteur Charpy (Dijon), le Docteur G. B. Dowling (Londres), le Docteur Lomholt et qui furent suivis d'une discussion à laquelle prirent part L.-M. Pautrier, Tomlinson (Londres), Robert Aitken (Edimbourg), J. Ungar (Londres), J. T. Ingram (Leeds), P. J. Fenny (Londres). Il est inutile de revenir ici sur la méthode de Charpy et les excellents résultats qu'elle donne ; mais l'auteur a insisté sur les signes d'intolérance, traduisant des troubles importants du métabolisme du calcium et du phosphore : anorexie,

vomissements, dépression, pâleur, soif et polyurie, tous symptômes qui disparaissent dès l'interruption du traitement. La vitamine D augmente vraisemblablement l'acidité des tissus. Dowling, dans un deuxième lot de 33 lupus traités par la vitamine D, a obtenu 28 guérisons, les 5 autres cas étant encore en traitement. Dans un ou deux cas traités par le calciférol on aurait vu apparaître un foyer tuberculeux pulmonaire. Lomholt ne pense pas que des lésions pulmonaires puissent être produites par le calciférol, mais il croit qu'elles peuvent être aggravées. Il donne 60.000 unités de vitamine D, 3 fois par jour, pendant 4 semaines (1 milligramme de vitamine est équivalent à 40.000 unités), traitement bien supporté par la plupart des patients. Il n'a entrepris la cure que sur les cas qui avaient résisté au traitement de Finsen. Sur 130 sujets traités, 75 ont été guéris, 45 améliorés mais avec espoir de guérison, 10 ont donné des résultats défavorables, dont 2 un échec complet. Tomlinson a fait des dosages de calcium sur des biopsies de lupus non traités et y trouve un pourcentage de 45 milligrammes pour 100 grammes, ce qui est celui de la peau normale ; dans le tissu lupique traité il a trouvé des doses de 74, 71 et 63 milligrammes. Le Professeur Grzybowski signale l'augmentation considérable du lupus en Pologne : en 6 mois il en a vu le chiffre impressionnant de 500 nouveaux cas. Sur 100 cas traités par la vitamine D il a obtenu 69 guérisons, 26 cas de grande amélioration ; 5 furent résistants mais leur examen histologique montrait une image de sarcoïdose (maladie de Besnier-Bœck-Schaumann).

La deuxième matinée fut consacrée à des présentations de **cas cliniques** par les docteurs G. B. Dowling, W. N. Goldsmith, Mitchell-Heggs, Hugh Gordon, C. N. Whittle, L. Forman, Alice Carleton, P. R. Sneldon, Leitner, Brian Russel, qui suscitèrent d'intéressantes discussions, au cours desquelles le Docteur Parkes-Weber fit remarquer son esprit toujours en éveil.

La troisième matinée fut consacrée à la question des **« Sarcoïdoses »** (Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann) traitée en connexion avec la section des affections pulmonaires. On y entendit des rapports du Professeur Pautrier et des Docteurs C. Hoyle, Charles Cameron, Robb-Smith et Freudenthal.

Le sujet étant très vaste, Pautrier s'est borné à étudier la question de l'étiologie de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann d'après les travaux parus au cours de ces dernières années (Warfwinge, Kallos, Schaumann, Hallberg, Hollström, Kveim, Putkonen, Lomholt). Certains de ces travaux, et en particulier ceux de Schaumann, soulèvent l'hypothèse de formes entièrement nouvelles de bacilles tuberculeux, à forme de streptothricées ; mais c'est au bactériologiste à se prononcer et à faire la preuve de la nature de ces corpuscules et de ces filaments en les cultivant et de prouver leur pouvoir pathogène en les inoculant aux animaux. La réaction de Kveim lui paraît encore difficile à interpréter, car elle ne se produit que plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'injection de l'antigène et peut persister

des mois entiers, ce qui la différencie de toutes les réactions allergiques que nous connaissons jusqu'ici.

Au total, la nature tuberculeuse de l'affection ne lui paraît pas encore s'imposer d'une façon absolue.

Le Professeur Haxthausen, au cours de la discussion, déclare que tous les cas de sarcoïdes de Bœck ayant été recensés au Danemark, en Suède et en Norvège et soumis à la réaction de Kveim, auraient tous présenté une réaction positive. Il croit donc à la spécificité de la réaction mais ne peut encore l'interpréter.

Le Docteur Hoyle s'attache surtout à la description des lésions pulmonaires. Le Docteur Scadding insiste sur la valeur de la biopsie du foie pour le diagnostic : dans 3 cas il a trouvé en effet des altérations caractéristiques de cet organe. Le Professeur Lomholt signale que ses malades ont moins bien toléré le traitement par le calciférol que les lupiques et que le résultat en était négatif.

La dernière matinée fut consacrée à une série de rapports et de communications sur la **gale** et la **phtiriase** de P. G. Stock, K. Mellanby, G. H. Percival, P. A. Buxton. Nous en retiendrons principalement la présentation d'un film magnifique et impressionnant sur l'acare, sa reproduction, son développement, son cheminement dans la peau.

COMMUNIQUÉ DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

L'Union Internationale a tenu son assemblée générale à Paris, du 20 au 25 octobre 1947. Elle groupait 47 délégués de 18 pays différents et divers organismes internationaux.

Au cours de ces réunions, les délégués étudièrent les différents problèmes à l'ordre du jour.

1° Collaboration sur le plan national avec tous les médecins praticiens.

2° Traitement de la syphilis par la pénicilline et les arsenicaux dans les différents pays.

3° Organisation sociale de la lutte contre les maladies vénériennes.

4° Comportement sexuel et les maladies vénériennes.

A la suite des travaux de l'assemblée générale, les résolutions suivantes furent adoptées :

L'U. I. P. V., considérant que la lutte antivénérienne ne peut avoir un succès complet que si elle est menée à la fois sur les plans éducatif, curatif et préventif, demande à tous les gouvernements :

A. De mettre en vigueur un système complet d'éducation sanitaire biologique et morale — tant en ce qui concerne le grand public et surtout les jeunes gens des deux sexes, qu'en ce qui concerne les éducateurs.

B. D'organiser un réseau complet de dispensaires antivénériens et de s'assurer la collaboration des médecins praticiens (étant entendu que les malades doivent être soignés gratuitement) et cela à la fois dans l'intérêt de l'individu malade et de la communauté.

C. D'adopter des dispositions permettant de dépister et de traiter les agents contaminateurs tant au point de vue national qu'international et notamment de soumettre au traitement obligatoire les vénériens contagieux qui refusent de se soigner.

D. De perfectionner et de compléter les connaissances des médecins praticiens en vénéréologie.

Considérant d'autre part que la lutte antivénérienne ne peut être menée à bien que si la totalité du corps médical lui apporte un plein concours, demande à tous les médecins de bien vouloir participer à la lutte tant en ce qui concerne naturellement le traitement des malades qu'en participant à la prévention, notamment par une étroite collaboration avec les médecins des dispensaires antivénériens en vue du dépistage et du traitement des

agents contaminateurs et demande aux pouvoirs publics de reconnaître que le médecin doit être honoré aussi bien pour son action préventive que curative et recommande que soit appliqué dans des conditions conformes aux conditions régnant dans chaque pays un système de rémunération de l'action préventive médicale.

L'U. I. P. V., considérant que les maladies vénériennes constituent un fléau universel qui ne connaît pas de frontière, considérant les résultats importants obtenus par l'application de l'arrangement international de Bruxelles relatif aux facilités à donner aux marins atteints de maladies vénériennes, demande à l'O. M. S. et à tous les gouvernements :

A. De prendre d'urgence les mesures permettant à nouveau une application stricte de cet arrangement.

B. D'étudier la possibilité d'élargir cet arrangement en une convention internationale antivénérienne :

a) déterminant les conditions minima d'organisation d'un armement antivénérien suffisant dans chaque pays ;

b) stipulant les mesures qui permettraient de rechercher les agents contaminateurs par delà les frontières.

Décide :

1° de réunir une conférence sanitaire antivénérienne internationale des organisations volontaires antivénériennes, conférence à laquelle participeraient également des experts et demande à cet effet la collaboration morale et financière de l'O. M. S., une somme de 10.000 dollars paraissant nécessaire à cet effet ;

2° de constituer à nouveau dans son sein une commission chargée d'étudier les questions relatives à l'arrangement de Bruxelles. Cette commission sera divisée en deux sous-commissions, la première étudiant la lutte contre le péril vénérien chez les marins (notamment dans les ports), la deuxième chez les immigrants et personnes déplacées (notamment les travailleurs étrangers), étant bien entendu que doivent être perfectionnées non seulement les services médicaux mais aussi les conditions d'accueil et de bien-être ;

3° de constituer une commission de liaison avec l'O. M. S.

*
* *

L'U. I. P. V. considérant que l'expérience a prouvé que l'emploi des sulfamides par le public a créé des sulfamido-résistances à la fois contre les infections générales et contre les gonococcies ;

reconnaissant qu'il importe de rechercher et d'éliminer toute cause d'irresponsabilité dans le comportement sexuel ;

attire l'attention du monde médical sur les dangers que fait courir à la Santé publique l'administration de la pénicilline par voie buccale ;

attire l'attention des autorités de la Santé publique et de l'Éducation sur la nécessité d'adopter certaines mesures pédagogiques et sociales destinées à réduire la fréquence des infections vénériennes.

A. Le dépistage et le traitement révèle une proportion importante de récidivistes parmi les malades souffrant d'affections vénériennes et montrent que les causes de leur comportement sont liées à de sérieux troubles biologiques et psychologiques. Ces cas doivent être traités par des spécialistes et bénéficier de la protection sociale.

B. Il est recommandé que l'enseignement des sciences biologiques ainsi que leurs rapports avec les problèmes humains et la stabilité de la famille, trouve sa place dans tous les programmes d'éducation nationale.

La responsabilité personnelle se trouverait ainsi développée dans le comportement sexuel.

Des enquêtes concernant les méthodes et expériences devront être faites dans chaque pays.

En vue de faciliter ces enquêtes et recherches, l'U. I. P. V. a nommé un comité qui coopérera avec l'U. N. E. S. C. O. et les autres organisations intéressées et qui soumettra ses rapports et ses propositions.

ANALYSES

20h. — *Syphilis* (Pathologie générale).

F Reynolds et J. Moore (Baltimore). — **Syphilis. Revue de la littérature récente** (Syphilis. A review of the recent literature). *Archives of Internal Medicine*, t. **80**, n° 5, nov. 1947, pp. 655-690, très importante bibliogr. internationale.

Revue générale de premier plan qui touche à tous les sujets. Mais les deux plus importants sont, d'une part, la pénicillothérapie « dont les limites apparaissent progressivement » et, d'autre part, « la marée montante de protestations contre la faible spécificité des séro-diagnostics courants ».

Origine du mot « syphilis » : Pour Solente, le berger Syphilus, imaginé par Fracastor, ne serait autre que Fracastor lui-même, probablement syphilitique. Pour Dujardin, Sipyle était un des fils de Niobé, d'après Ovide, et fut tué par Apollon.

Origine de la syphilis : Antérieure à Colomb, pour Wiedmann, chez les Grecs, les Romains, les Hébreux. Le Van expose les arguments pour et contre la théorie colombienne.

Histoire : Critique de la syphilis d'Henry VIII (Ellery), de Catherine et Anne de Boleyn (Patterson).

Tréponèmes : Erreurs de diagnostic entraînées par les tréponèmes de la bouche et leur classification par Robinson et Wichelhausen et réactions sérologiques de groupe entre ces tréponèmes.

Syphilis expérimentale : Syphilis occulte de la souris même après quatre passages (Wile, Stratton). Identité complète du tréponème pâle et de l'agent de la spirochétose vénérienne du lapin (McLeod et Turner).

Séro-diagnostic : Étude des réagines et de leur fractionnement (Marrack, Laporte), des deux temps de la précipitation sérologique (Lanni). Les antigènes cholestérinés sont plus sensibles mais moins spécifiques (Anttonen). L'antigène à la cardiolipine est défendu par Harris, Kline, Brown, mais Stout obtient avec lui des réactions non spécifiques. Taran décrit une technique qui permet la réaction de Wassermann avec un sérum anticomplémentaire (saturation des propriétés « fixantes » du sérum par addition de complément non dilué puis destruction de celui-ci avant la réaction habituelle). Le sérum à examiner peut être conservé 2 à 4 semaines par addition de 1 milligramme de merthiolate par centimètre cube et reste bon pour la réaction (Rein et Bossak).

Fausses réactions positives : « Mécontentement grandissant contre l'absence de spécificité des réactions sensibles. Question sérieuse et fâcheuse ». Kahn s'efforce de remédier à cet inconvénient par des combinaisons antigéniques de sérum-lipides. Dans l'antigène de Kahn, la céphaline augmente la sensibilité, la lécithine la diminue. La fumée de tabac augmente le titre d'un sérum syphilitique (Prezeale et Dunn). Miller résume les caractères bien connus des fausses réactions. Sur

82.070 recrues de la marine, Wolman trouve 783 Kahn positifs; de ces derniers, 40 o/o sont d'authenticité douteuse, 13 sont non syphiliiques, 7 par syphilis congénitale et 40 par syphilis acquise. La question devient grave si l'on note avec Greve (du Service de Sélection) que 271.000 postulants à des emplois ont été rejetés pour cause de syphilis et que, dans la majorité des cas, ce diagnostic s'est appuyé sur un seul examen sérologique. Sur 150 soldats sans aucun passé ni signe de syphilis, mais à sérologie positive, étudiés par Shafer, 43 o/o ont été définitivement démontrés non syphilitiques, 40 o/o sont restés en conflit de résultats sérologiques et 17 o/o ont dû finalement être considérés comme syphilitiques. Sur 508 soldats sélectionnés par Rosenthal et Sobel en raison d'une sérologie positive ou douteuse, 23 étaient vraiment syphilitiques, 477 étaient non syphilitiques, 8 restaient douteux. Aussi Pilcher s'élève-t-il contre « l'orgie rituelle de prélèvement de sang pour les examens en masse » et Barnard traite-t-il les enquêtes sérologiques collectives de « fausses médicalement, extravagantes économiquement, malfaisantes socialement ». Pour Porter, des milliers de non-syphilitiques sont soignés pour la syphilis aux États-Unis, malgré les dépenses, les dangers et le temps perdu. En termes plus modérés, les auteurs partagent ce point de vue et rappellent les fausses réactions positives du paludisme (57 sur 90 volontaires non syphilitiques de Rein et Kent), de la vaccine (33 o/o des 29 sujets de Tey et Tello), des donneurs de sang (Barnard, Boynton, Bœrner), du lupus érythémateux (White), des brucelloses chroniques (Gossels), des blessures de guerre, surtout avec fractures ou amputations (Talmage : réaction positive ou douteuse dans 35 o/o de 692 blessés hospitalisés en France), de la grossesse (peu importante pour Penttinen : 1,2 o/o des réactions fortement positives). Les techniques de Cooper, de Becker, de Lubitz ne sont pas arrivées à éliminer ces fausses réactions.

La réaction de coagulation du sérum de Weltmann, la floculation à la céphaline, le formol-gel n'ont pas de valeur précise.

Manifestations cliniques : Guerriero, Mantooth et Moore trouvent des tréponèmes à l'ultra dans le col utérin des 27 cas de chancre et 14 de lésions secondaires sur le col. La gale peut masquer une syphilis en activité (Rattner). Les ganglions épitrochléens sont perceptibles chez 40 o/o des sujets normaux et dépassent un noyau de cerise chez 14 o/o de ceux-ci. Une néphropathie s'observe chez 0,3 o/o des syphilis secondaires (10 cas sur 12 sont des néphroses et 2 des néphrites) pour Thomas et Scheer.

Peli rapporte 5 cas de réinfection et 1 de superinfection, Bohnstedt 21 cas de réinfection après arsenic et bismuth.

Jordon et Dolce ont suivi 169 cas de syphilis latente pendant au moins 10 ans; sur 69 traités par 0 à 40 injections, 20 à 25 o/o ont des complications tardives, surtout cardio-vasculaires; sur 100 cas traités par plus de 40 injections, 4 o/o ont des complications. Sur 28 cas de syphilis du foie vérifiée à l'autopsie par Symmers et Spain, 3 seulement avaient été diagnostiqués du vivant. Wilson puis Kulchar et Windholz montrent l'obscurité de la syphilis du poumon et les difficultés de son diagnostic. Hu a trouvé du tréponème vivant et inoculable dans une aortite. Maynard et Lingg montrent que la syphilis cardio-vasculaire est cinq fois plus fréquente chez les syphilitiques non ou mal soignés qu'après un traitement convenable. Lowenberg et Baer étudient les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante et leurs symptômes gastro-intestinaux, Lang, puis De Takats et Reynolds ceux de l'aorte abdominale. Études de Hahn et Clark sur la fréquence et l'évolution à long terme de la neurosyphilis asymptomatique. D'après Meyer, une inégalité pupillaire s'observe chez 17 o/o de 500 sujets normaux. Sur 30 atrophies primitives syphilitiques du nerf optique traitées à l'arsenic et au bismuth (impaludation,

en plus, chez 21), McLean obtient 3 guérisons, 4 améliorations, 23 états stationnaires. L'arthropathie tabétique type Charcot est, pour Delano, non trophique, mais, avec Volkmann, la conséquence de multiples micro-traumatismes. Bailey et Root signalent l'association avec un diabète gras dans 17 cas de ces arthropathies.

A l'autopsie de 198 syphilitiques non soignés, Rosahn trouve des lésions syphilitiques chez 77; sur les 121 autres, 80 avaient eu une sérologie positive antérieure (dont 45 pendant leur dernière hospitalisation).

Urbach et Beermann étudient longuement l'immunité et l'allergie dans la syphilis.

A. Touraine.

G. M. Crawford (Brookline, U. S. A.). — **Syphilis.** *The New-England Journal of Medicine*, t. **238**, n° 4, 22 janvier 1948, pp. 121-128, longue bibliogr.

Importante revue générale sur les progrès en syphiligraphie.

Problèmes sérologiques. — « Éviter un diagnostic de syphilis sur un argument purement sérologique ». Rappel des nombreuses affections (en particulier le lupus érythémateux) qui exposent aux fausses réactions biologiques, surtout dans les réactions de précipitation et de floculation (Kahn, Kline, Eagle et Mazzini). Possibilité de fausses réactions avec un liquide céphalo-rachidien à albumine normale. Absence de procédés pour distinguer les fausses réactions des vraies. Utilité des réactions quantitatives et de l'antigène à la cardiolipine qui peuvent aider au repérage des fausses réactions.

Problèmes cliniques. — La pénicilline doit remplacer l'arsenic (Stokes); sa dose doit varier entre 2.400.000 et 6.000.000 U.; ses insuccès viennent généralement d'une insuffisance de dose. Rapppel d'observations de syphilis tardive pulmonaire, cardio-vasculaire nerveuse (l'impaludation ne provoque pas de lésions viscérales), de néphrose syphilitique secondaire. Technique et bons résultats de la pénicilline-retard (2 échecs sur 60 cas de Romansky et Rein) dans la syphilis récente (600.000 U. une fois par jour pendant 8 à 15 jours pour Moore). Essais d'intensification du traitement arsenico-bismuthique (dichlorphénarsine hydrochloride).

A. Touraine

C. M. Crawford (Brookline, U. S. A.). — **Syphilis.** *The New-England Journal of Medicine*, t. **238**, n° 5, 29 janvier 1948, pp. 152-159, longue bibliogr.

Fin de cette importante revue générale sur les progrès en syphiligraphie.

Syphilis de la grossesse. — Efficacité particulière de la pénicilline à la dose d'au moins 2.400.000 u. (4.000.000 pour certains), mais réserves sur celle de la pénicilline-retard.

Syphilis congénitale. — Bons résultats de la pénicilline dans la syphilis récente, moins bons dans les accidents tardifs (kératite); doses totales variant de 20.000 à 400.000 u. par kilo.

Neurosyphilis. — Relative fréquence de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien d'enfants syphilitiques sans manifestations cliniques ni autres anomalies du liquide (Kalz et collab., 1946); sa disparition rapide par le traitement. La pénicillothérapie (4 à 10 millions d'U.) de la neuro-syphilis asymptomatique entraîne souvent une disparition des anomalies du liquide, mais qui n'est parfois que temporaire et commande alors l'impaludation (Hahn) (celle-ci restant en général plus efficace et méritant d'être régulièrement associée à la pénicilline d'après Rose et Solomon). Le traitement standard de l'Armée est la pénicilline seule (9 millions d'U. en 22 jours); l'association d'autres médicaments renforce peu son action (Leavitt).

Un nouvel arsenic pentavalent, l'aldarsone, paraît supérieur à la tryparsamide (Sexton).

Contre l'atrophie du nerf optique, Stokes recommande la pénicilline (10 millions) associée à l'impaludation.

Réactions au traitement. — Discussion sur les incidents après ponction lombaire (Redlich). Accidents de la pénicillinothérapie (Herxheimer, agranulocytose, urticaire, etc.) qu'on peut éviter en faisant au préalable un court traitement bismuthé. La pénicilline-retard a donné 5 o/o d'urticaires.

Le B.A.L., de grande efficacité contre les accidents de l'arsenic, doit rester à la dose maxima de 4 milligrammes par kilogramme toutes les 4 heures (rester si possible à 2,5-3 mgr.).

A. TOURAINE.

U. WILE. — **Problèmes obscurs de la syphilis** (Obscure problems of syphilis). *Proceedings Institute of Medicine*, 1946, p. 246, d'après *Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 245-246.

1° On ignore la nature et le cycle du tréponème; celui-ci ne peut pas être distingué du *Spirochæta microdentium*;

2° La souris cultive le tréponème sous une forme infravisible ou granulaire;

3° Les tissus ont une récpeptivité très différente pour le tréponème : très grande pour les os, l'endothélium et les muscles lisses des vaisseaux, le cerveau, le foie, les testicules, très faible pour la thyroïde, le pancréas, les reins, les ovaires;

4° Les épithéliums pavimenteux sont très sensibles à la syphilis, mais non les autres;

5° Le pharnyx est souvent atteint, l'estomac rarement, l'intestin jamais;

6° L'atteinte des organes reproducteurs est paradoxale; les testicules sont souvent lésés, les ovaires presque jamais;

7° Pas une maladie n'atteint aussi profondément le fœtus; cependant la maladie de la mère est plus bénigne que celle de la femme non enceinte;

8° Le muscle lisse de l'utérus est immunisé alors que le col ne l'est pas. Le vagin est un exemple de résistance des épithéliums pavimenteux;

9° La substance grise du cerveau dégénère dans la paralysie générale avec lourde infection de l'organisme; dans le tabès, c'est la substance blanche malgré la rareté des tréponèmes;

10° La syphilis congénitale donne souvent tabès chez l'un, paralysie générale chez l'autre;

11° Malgré sa prédilection pour les vaisseaux, la syphilis donne peu d'artériosclérose;

12° La syphilis congénitale peut rester longtemps latente, mais ses accidents sont souvent très difficiles à guérir, malgré l'absence de tréponèmes.

A. TOURAINE.

F. URBACH et H. BEERMAN (Philadelphie). — **Etat actuel de l'immunité et de l'allergie dans la syphilis** (The present status of immunity and allergy in syphilis). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 192-215, longue bibliogr.

Important travail dont on ne peut que transcrire les définitions et les conclusions.

L'*allergie* est le trouble dans une capacité de l'organisme à réagir à une substance non toxique; elle est le résultat de la production d'anticorps spécifiques. Elle peut se manifester sous forme d'hyper ou d'hyposensibilité (Urbach et Gottlieb, 1946). L'*immunité* est un état de résistance augmentée ou de tolérance vis-à-vis d'agents pathogènes ou de leurs produits, cet état étant dû à une augmentation des anticorps spécifiques.

Conclusions. — 1° Depuis que la pénicilline s'est montrée capable de guérir complètement la syphilis expérimentale ou humaine, de nouveaux champs se sont ouverts pour l'étude expérimentale de l'immunité dans cette maladie. Le fait appelle une réévaluation critique de l'état actuel de l'immunité dans la syphilis;

2° Selon le point de vue adopté dans ce travail, l'allergie est un terme compréhensif qui exprime aussi bien l'hyper que l'hyposensibilité, alors que l'immunité est une forme spéciale de l'hypersensibilité allergique;

3° L'immunité syphilitique est de deux types : résistance naturelle ou immunité acquise. L'homme est naturellement réceptif alors que certaines espèces animales jusqu'ici considérées comme résistantes sont en réalité susceptibles d'acquérir une infection asymptomatique;

4° On s'accorde à reconnaître des degrés variés d'immunité chez l'animal et chez l'homme; mais on discute si l'immunité dépend d'une persistance de l'infection (Neisser, Kolle) ou si elle en est indépendante (Chesney);

5° On admet que, dans certaines conditions expérimentales, l'animal non traité acquiert lentement, ainsi que le prouvent les réinoculations, une résistance vis-à-vis d'une seconde infection. Au début de la maladie, il est pleinement réceptif; plus tard, non. Chez l'animal traité, avant le développement de l'immunité, la seconde infection se traduit par la formation d'un chancre. En syphilis tardive, un traitement énergique protège l'animal contre la réinfection. Les auteurs pensent que la répétition de ces expériences, en prenant la pénicilline comme moyen de cure en raison de son élimination rapide, apporterait la lumière sur la nature de l'immunité syphilitique;

6° Des essais de superinfection chez des hommes syphilitiques non traités ont été souvent fructueux après inoculation massive. Cela montre que leur immunité n'était, au plus, que relative à toutes les phases de la maladie. On doit donc réprouver les efforts pour immuniser les syphilitiques avec des tréponèmes virulents, comme dangereux;

7° Un traitement intensif de la syphilis récente peut probablement la guérir. Quoique un tel traitement empêche le développement de l'immunité, il n'expose pas le malade à un danger si le traitement a complètement déraciné la maladie. Si le traitement n'est pas adéquat, il laisse le malade dans un état vulnérable puisque le développement de ses défenses est troublé alors qu'il n'est pas guéri. Les conséquences de cet état se manifestent dans les diverses formes de séro-résistance ou de thérapie-résistance;

8° Le simple fait qu'un patient peut être réinoculé avec succès n'indique pas qu'il avait été guéri. Des individus complètement guéris peuvent rester réfractaires à la réinfection;

9° Chez les malades traités précocement au cours de leur syphilis, une réinfection ne prouve pas la guérison, puisqu'il est possible que la nouvelle infection soit une superinfection. Il n'existe aucun moyen de distinguer la réinfection et la superinfection;

10° L'allergie et l'immunité ne s'excluent pas mutuellement; mais l'immunité est un aspect spécial de l'allergie. Ce point de vue est confirmé par diverses recherches expérimentales. Toute l'évolution de la syphilis peut être expliquée sur le terrain de l'allergie. La réaction de l'organisme vis-à-vis de la réinfection suggère aussi un mécanisme allergique. Les essais pour développer une méthode de détermination de l'état allergique d'un syphilitique sont encore trop limités. La luétine de culture n'a pas de valeur diagnostique; aussi faut-il réévaluer la luétine organique;

11° La question de l'existence d'anticorps contre la syphilis est encore sans

réponse, mais des travaux récents font penser à une défense cellulaire. Les rapports entre la sérologie et la capacité de l'organisme à produire des anticorps contre les spirochètes sont obscurs;

12° Les nombreux essais pour provoquer une immunisation active ou passive contre la syphilis chez l'homme et chez l'animal n'ont pas encore donné de résultats probants. Cela s'applique aussi bien à la prévention de la maladie qu'au traitement d'une syphilis confirmée. A. Touraine.

H. Beerman (Philadelphie). — **La question de la réinoculation de la syphilis chez l'homme** (The problem of reinoculation of human being with spirochæta pallida). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 2, mars 1946, pp. 173-197, longue bibliogr.

Importante revue de la littérature mondiale sur ce sujet, dont les conclusions sont :

1° La réinoculation du tréponème réussit à toutes les phases de la syphilis non traitée (superinfection); mais les succès sont rares dans la paralysie générale.

2° Les lésions de réinoculation ont tendance à ressembler à celles de la période où était le sujet au moment de la réinoculation. La durée de l'incubation est un peu raccourcie et l'évolution de la nouvelle infection peut être abortive.

3° La réinfection de malades supposés guéris (réinfection) est rare.

4° Les nouvelles lésions sont authentiquement syphilitiques et non traumatiques. A. Touraine.

L. Shaffer. — **Les critères de réinfection dans la syphilis** (Criteria of reinfection in syphilis). *Venereal Disease Information*, t. **24**, n° 4, avril 1943, pp. 113-115, courte bibliographie.

Stokes (1934) demande la réunion de 17 critères pour admettre qu'une réinfection est *indiscutable* : 1, première infection rendue certaine par la sérologie ou l'ultra-microscope; 2, négativité de l'examen clinique deux ans après le traitement; 3, sérologie négative un an après le traitement; 4, liquide céphalo-rachidien normal à la fin du traitement; 5, pas de signes de rechute entre les deux infections; 6, commémoratifs précis pour la nouvelle contamination; 7, confirmation de l'infectiosité du nouveau contaminateur; 8, durée normale (7 à 40 jours) de l'incubation du nouveau chancre; 9, nouveau chancre de siège différent de celui du premier; 10, pas d'activité du premier chancre; 11, examen positif à l'ultra-microscope du nouveau chancre; 12, présence d'une adénopathie satellite; 13, virage au positif d'un Wassermann antérieurement négatif; 14, manifestations secondaires ayant apparu au moins 20 jours après le premier chancre; 15, le traitement du premier chancre doit avoir été d'environ 20 arsenics et 20 bismuths ou mercures; 16, intervalle d'au moins deux ans entre les deux infections; 17, l'examen doit avoir été fait, à chaque infection, par un médecin compétent.

Pour admettre que la réinfection est *probable*, Stokes demande la réunion des conditions 1, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 et pour qu'elle soit *possible*, la réunion des conditions 1, 9, 11, 15.

Les critères exigés par Halley et H. Wassermann (1928) sont : 1 certitude de la première infection (ultra ou sérologie); 2, après un traitement suffisant, le second chancre doit être caractéristique, de siège différent et confirmé par la présence de tréponèmes.

A ces critères, Moore (1941) en ajoute un troisième : la sérologie doit avoir viré du négatif avant le second chancre au positif après celui-ci.

Shaffer propose les 8 critères suivants : 1, certitude du diagnostic du premier chancre; 2, la sérologie est devenue et restée négative ou a tendu vers cet état après le premier chancre; 3 (désirable mais non essentiel) le liquide céphalo-rachi-

dien était normal avant la réinfection; 4, siège différent du second chancre; 5, sérologie négative, mais ultra positif au début du second chancre; 6, notions certaines sur la contagiosité du second contaminateur; 7, si la sérologie est positive au moment du second chancre attendre, sans traitement, l'apparition d'accidents secondaires; 8, il faut au moins 6 mois d'intervalle entre les 2 chancres et un traitement actif après le premier pour éliminer la possibilité d'une superinfection. A. Touraine.

C. Levaditi, F. Coste et A. Vaisman. — **Présence de cellules géantes dans les ganglions syphilitiques** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 21, 22 et 23, séance du 11 juin 1946, pp. 377-382 (5 photos).

Au cours de recherches sur la virulence des ganglions inguinaux chez des sujets atteints de chancres syphilitiques de la verge, les auteurs ont constaté dans un de ces ganglions, excisé avant le traitement, la présence de nombreuses cellules géantes, entourées de rares éléments épithélioïdes, au milieu d'un tissu réactionnel constitué par des lymphocytes et des plasmocytes. Certaines de ces cellules comprenaient jusqu'à 8 et 14 noyaux excentriques bordant un cytoplasme plus ou moins clair. L'une d'elles contenait à son intérieur un tréponème typique mis en évidence par la méthode de Diéterlé (coupe imprégnée à l'argent). Quelques rares tréponèmes étaient visibles dans l'ensemble de la préparation. En aucun point il n'existait d'altérations nécrotiques ou caséifiantes, ni trace de bacilles de Koch.

Chez un autre malade examiné dans les mêmes conditions, ils n'ont observé ni cellules géantes, ni cellules épithélioïdes; les tréponèmes présents dans la préparation étaient par contre beaucoup plus nombreux.

L'existence de cellules géantes dans les lésions syphilitiques primaires, secondaires et surtout tertiaires a été déjà signalée par plusieurs auteurs. Elle s'observe également dans d'autres infections chroniques telles que la lèpre, les mycoses, etc. sans que la tuberculose y soit en cause

Le groupement cellules géantes et cellules épithélioïdes est au contraire relativement rare et mérite de retenir l'attention. Pour Milian ce groupement relève en pareil cas d'une association syphilis-tuberculose. Ici la tuberculose semble devoir être exclue et aucun bacille de Koch n'a pu être décelé dans les coupes.

Pour Civatte, la cellule géante aurait comme source le fibroblaste et serait le résultat de phénomènes allergiques. Il s'agirait ainsi d'un gigantisme cellulaire particulier à la syphilis primaire, dont la caractéristique, outre l'abondance des cellules géantes et la présence de cellules épithélioïdes, consisterait dans le siège intra-ganglionnaire inhabituel en pareil cas [peut-être s'observerait-il plus fréquemment si les examens histologiques étaient effectués d'une manière courante, ce qui est pratiquement difficile à réaliser]. Les raisons pour lesquelles cette recherche positive dans un cas s'est montrée négative dans l'autre demeurent obscures. Sans doute faut-il faire intervenir dans ce dualisme la notion du terrain et la résistance variable de chaque sujet vis-à-vis de l'infection.

Le contraste observé entre la rareté des tréponèmes et l'abondance des cellules géantes dans le premier cas, l'abondance des tréponèmes et l'absence de cellules géantes dans le second, mérite d'être souligné.

Lucien Périn.

M. Bolgert. — **A propos de l'histo-pathologie de la syphilis. Morphologie des cellules épithélioïdes.** La syphilis viscérale tardive. *L'expansion scientifique française*, éd. 1946, pp. 49-55, 7 fig.

L'auteur rappelle combien peut être difficile le diagnostic histologique d'une lésion syphilitique : valeur toute relative de la cellule géante, de la vascularite,

de la nécrose syphilitique elle-même, qui est inconstante et peu différente d'une nécrose tuberculeuse au début.

Se basant sur l'examen histologique de cinq lésions secundo-tertiaires ou tertiaires, Bolgert précise les caractères des cellules épithélioïdes dans les lésions syphilitiques : protoplasma de forme plus allongée, plus ovalaire, surtout noyau de forme plus allongée, rappelant ceux des fibroblastes, de teinte le plus souvent foncée, et que l'on retrouve assez souvent dans les cellules géantes syphilitiques qui se forment d'ailleurs aux dépens des cellules épithélioïdes.

Ces détails morphologiques aideront à différencier les cellules épithélioïdes syphilitiques des cellules épithélioïdes tuberculeuses. On n'avait guère insisté, jusqu'ici, sur ces caractères particuliers, bien qu'ils aient été entrevus par d'autres auteurs (Roussy, Leroux et Oberling, Civatte).

Pour Bolgert, cette morphologie spéciale serait due au fait que les cellules épithélioïdes dériveraient, dans la syphilis, des fibroblastes dont elles conserveraient quelques caractères (Bolgert a rencontré, en effet, toutes les transitions entre elles et les fibroblastes), alors que, dans la tuberculose, les cellules épithélioïdes se constituent aux dépens des mononucléaires.

Ces quelques nuances de morphologie peuvent aider le diagnostic histologique entre ces deux affections. L. Golé.

O. Brines et B. Juliar. — **Le diagnostic sérologique dans la syphilis chronique démontrée histologiquement. Analyse de 424 autopsies** (Serologic diagnosis in histologically proved chronic syphilis. An analysis of 424 necropsies) *Journ. of Laborat. and Clin. Med.*, t. **27**, octobre 1941, pp. 15-19.

Sur 424 autopsies de syphilitiques avec examens sérologiques, 321 (75,7 o/o) avaient eu une sérologie positive. Des 82 cas avec sérologie négative, 60 o/o ne montraient qu'une aortite comme seule lésion syphilitique. La sérologie avait été positive chez 71 o/o des sujets dont un seul organe était atteint par la syphilis et chez 86 o/o de ceux à plusieurs organes atteints.

On a trouvé des lésions vasculaires dans 335 cas (79 o/o) dont 71,6 o/o avec sérologie positive, des lésions du tube digestif dans 35 cas (8,2 o/o), une syphilis hépatique dans 26 (6,1 o/o) dont 80,7 o/o avec sérologie positive, une atteinte du système nerveux central dans 130 cas, dont 85,4 o/o avec sérologie positive (il s'agissait de paralysie générale dans 57 cas dont 87,7 o/o avec sérologie positive).

A. Touraine.

P. Rosahn. — **Evolution terminale de la syphilis non traitée** (The end results of untreated Syphilis). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 12, décembre 1946, pp. 293-301, bibliogr.

En 1929 (*Arch. für Derm. u. Syph.*, t. **157**, p. 309) Bruusgaard a dit le sort de 473 syphilitiques examinés de 1891 à 1910; 310 d'entre eux étaient encore vivants; la cause de la mort, chez les autres, avait été dûment établie. Ces malades étaient alors atteints de : syphilis du système nerveux central dans 7,8 o/o, syphilis cardio-vasculaire dans 14,6, syphilis cutanée ou osseuse dans 12,2, syphilis d'autres organes dans 0,6, absence de toute manifestation syphilitique dans 42,3, cancer dans 6,1, tuberculose dans 6,1, autres affections dans 10,3.

Rosahn a dépouillé 380 protocoles d'autopsie de sujets dont la syphilis avait été avérée et chez 198 desquels le traitement avait été nul ou presque. Dans 77 de ces 198 cas, il existait des lésions anatomiques de syphilis; pour 46 ces lésions avaient été la cause de la mort, pour 31 elles n'étaient que subsidiaires. La répartition topographique de ces lésions a été : aortite 55, anévrysme de la crosse 9, anévrysme de l'aorte abdominale 3, coronarite 4, artérite des membres infé-

rieurs 3, artérite cérébrale 2, rupture d'un anévrysme de la crosse 9, d'un anévrysme cérébral 2, d'une autre artère 1. Tabès 3, méningite 2, syphilis cérébrale 2, atrophie optique 1. Gomme du cerveau 1, du cœur 1, du foie 3, du testicule 1, des méninges 3, cirrhose du foie 1.

Les deux statistiques de Bruusgaard et de l'auteur sont donc très comparables (35 à 39 o/o des sujets avaient des lésions syphilitiques; dans 23 o/o des cas, pour les deux auteurs, la lésion syphilitique avait été la cause de la mort, etc.).

A. Touraine.

E. Cronin. — **L'évolution de la syphilis après faibles doses de pénicilline, revue critique** (The evolution of syphilis after small doses of penicillin : a critical survey). *British Journal of Venereal Diseases*, t. **23**, mars 1947, pp. 15-19, bibliogr.

Au cas de syphilis masquée par un traitement à la pénicilline de la blennorragie ou d'une affection médicale ou chirurgicale, certains demandent une surveillance sérologique de 2 ans; en Angleterre, on se contente de 6 mois et aux États-Unis de 4 mois.

L'auteur a observé 19 cas de syphilis après 60.000 à 200.000 u. de pénicilline, dont 17 primaires et 2 secondaires. Dans 18 cas, le délai d'apparition des accidents a été de 15 à 82 jours (3 mois dans un cas). Dans 10 autres cas, il existait déjà des lésions syphilitiques au moment de la pénicillothérapie; la rechute clinique s'est faite en moins de 3 mois.

Si la dose de pénicilline a dépassé 150.000 u., le temps d'observation, qui est de 3 mois, doit être prolongé en proportion.

A. Touraine.

A. Touraine. — **Syphilis tardives et facteurs héréditaires.** *La syphilis viscérale tardive.* L'expansion scientifique française, éd. 1946, pp. 24-30.

Les localisations tardives de la syphilis suivant les sujets ont été parfois rapportées à une affection acquise antérieure, ayant fragilisé cet organe (néphrite scarlatineuse ancienne, traumatisme préparant une localisation gommeuse, etc...). L'auteur montre le rôle prédisposant d'un état constitutionnel, congénital, obéissant aux lois habituelles de l'hérédité et conditionnant la localisation de la syphilis tardive.

Races. — Cette prédisposition organique peut être raciale (la paralysie générale dans la race blanche, les gommes chez les Arabes, etc...). Il en est de même pour d'autres manifestations (artérites en Asie Mineure, orchite chez les Javanais, etc...). Ces tendances raciales persistent même chez les individus contaminés dans d'autres contrées et par d'autres races de tréponème.

Constitution. — La constitution a pu même, pour certains auteurs, jouer un rôle. La paralysie générale par exemple serait plus fréquente chez les musculaires et les hypertoniques, plus rare chez les pycniques ou brévilignes. Par contre, le tabès serait plus fréquent chez les hypotoniques, les longilignes, les leptosomes.

Hérédité. — Pour l'auteur, il semble qu'il puisse exister une prédisposition familiale héréditaire à certaines localisations de la syphilis. Bien que les observations utilisables doivent être soumises à une critique serrée, on peut néanmoins parler de « terrains » spéciaux familiaux.

La paralysie générale survient, en effet, avec prédilection (par « hérédité de transformation ») chez des sujets dont les parents présentaient des tares nerveuses variées (folie maniaco-dépressive, mélancolie, épilepsie, alcoolisme, etc...) et plus rarement la paranoia, les démences et, en particulier, le tabès). On a signalé récemment les rapports familiaux de la paralysie générale avec les divers types de dys-

myélinisation qui sont considérés actuellement comme des affections héréditaires (paralysies en foyers de Lissauer, maladies de Pick, d'Alzheimer, etc...).

L'importance du terrain névropathique dans la paralysie générale ressort de nombreuses statistiques (92 o/o des cas pour Rogues de Fursac et Genil-Perrin, etc.).

Par contre, on ne retrouve guère les mêmes psychopathies (démence précoce, paranoia, etc.) dans la famille du tabétique, mais on y trouve des manifestations nerveuses (tabès ou hémiplégie, strabisme, hydrocéphalie, etc.).

La descendance du tabétique évoluera volontiers vers le tabès et dans les cas où la syphilis conjugale a déterminé chez l'un des conjoints une paralysie générale, chez l'autre conjoint un tabès, la syphilis du descendant sera plutôt un tabès qu'une paralysie générale (dominance du tabès sur la paralysie générale ?).

Les observations sont nombreuses où se révèlent les manifestations nerveuses des ascendants et les localisations nerveuses tardives de la syphilis du descendant (Fournier, Leredde, Babonneix, etc.).

Les localisations cardio-aortiques, rénales, digestives, la syphilis de l'appareil respiratoire, des glandes endocrines, des organes hématopoïétiques, le diabète, fournissent à Touraine l'occasion de signaler des observations suggestives de ces facteurs héréditaires conditionnant la localisation de la syphilis tardive sur ces divers organes.

Le mode d'action de ce facteur héréditaire reste encore obscur mais cette prédisposition congénitale est attestée par de nombreuses observations, bien que, l'auteur y insiste en terminant, il n'y ait pas lieu de généraliser cette notion et de prétendre que « l'hérédité commande le cours de la syphilis tardive ».

L. Golé.

Carmine Cannata (Gênes). — **Modifications du tableau symptomatologique initial et récent dans la syphilis. Observations clinicostatiques et considérations** (Modificazioni del quadro sintomatologico iniziale e recente della cifilide. Revievi clinico statistici e considerazioni). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. 6, décembre 1943, pp. 759 à 769.

Statistique des accidents primaires observés à la Clinique de Gênes de 1934 à 1943. Elle met en évidence ce fait que depuis quelques années, dans ce service du moins, il se produit des modifications du tableau symptomatologique de la syphilis, dans le sens que les chancres multiples et du type nain deviennent plus fréquents et que la réaction ganglionnaire est faible ou même fait défaut. Par contre, il a été rencontré plus fréquemment des manifestations récentes graves, des réactions de Herxheimer, des formes irritables et des cas de résistance médicamenteuse.

Il convient de se rappeler qu'il existe des mutations dans le tableau général de la syphilis sous l'influence de facteurs complexes et encore inconnus liés à des variations de rapport entre le germe contaminant et le sujet contaminé.

Aucune interprétation explicative ne peut être donnée à l'heure actuelle de ces constatations car on ne possède aucun élément de fait sur lequel on puisse baser une interprétation.

Belgodère.

C. E. Sonck. — **Influence des irritations artificielles sur l'apparition des syphilides** (Ueber den Einfluss Artifizieller Faktoren auf die Hauterscheinungen bei Syphilis). *Acta Dermat. Venereol.*, vol. **25**, fasc. 2, septembre 1944, pp. 111-120, 3 fig., bibliogr.

L'auteur passe en revue les exemples déjà connus de l'action que peut exercer une irritation extérieure ou un trouble circulatoire sur l'apparition des syphilides cutanées et muqueuses. Il remarque que nombre de ces faits sont contradictoires et que les mêmes influences ont paru s'exercer dans des sens différents, parfois provoquant, d'autres fois empêchant l'éruption des syphilides.

Il apporte à son tour 5 observations. On y retrouve ce même paradoxe.

Dans l'une, un ouvrier qui avait travaillé le torse nu au soleil présente une éruption de syphilides papuleuses localisée uniquement aux régions qui avaient été pigmentées par le soleil. Chez deux autres malades, une roséole laisse indemnes les régions pigmentées par le soleil. Mais ces deux malades avaient été, en même temps qu'au soleil, exposés à un vent froid. L'explication d'Almkvist est ici applicable : l'hyperémie active favoriserait et l'hyperémie passive gênerait l'éruption. Dans une 4e observation, l'éruption est surtout abondante sur une cicatrice de brûlure récente. Dans une 5e, il s'agit d'un tatouage rouge, dont les traits firent une saillie considérable au cours d'une éruption de syphilides papuleuses secondaires. Sonck voit là un effet de la réaction de Herxheimer : les spirochètes amenés en ces points par la circulation y auraient été tués en masse par le contact avec les grains de cinabre du tatouage. A. Civatte.

A. Touraine. — **La syphilis historique n'est pas morte.** *La Semaine des Hôpitaux*, n° 20, 28 mai 1947, pp. 1316-1322, 17 fig. et 5 fig. en couleurs.

La syphilis a réalisé, dès son apparition en Europe, des manifestations cutanées graves et d'un polymorphisme clinique dont les anciens auteurs — jusqu'à l'avènement des traitements modernes — nous ont conservé le souvenir. Le but de cet article, illustré de nombreuses reproductions, est de montrer que, si ces formes sont, depuis cette date, plus rares, elles peuvent encore se rencontrer dans la pratique journalière. Il semble même qu'elles aient, depuis quelques années, tendance à revêtir une fréquence relative. Le praticien, non spécialisé, doit connaître leur existence pour éviter des erreurs de diagnostic qui peuvent être d'un grand préjudice pour le malade. L'auteur rapporte quelques erreurs graves : diagnostic erroné de cancer de la langue ou de la verge, de sarcome du tibia ayant entraîné l'amputation de la jambe, de lupus du visage. Un simple examen sérologique de contrôle aurait permis d'éviter ces erreurs graves comme il éviterait souvent de rapporter à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse des syphilides généralisées ou une roséole profuse.

Certes, ces syphilis ultra-florides sont parfois de diagnostic difficile et rappellent les plus beaux exemples (moulages, reproductions) du musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Le chancre n'est pas *toujours* fidèle à son schéma, il peut simuler la tuberculose, le cancer, une pyodermite.

La roséole peut simuler une éruption médicamenteuse profuse, ressembler à une urticaire. La leucomélanodermie résiduelle peut être généralisée, évoquer l'idée d'une lèpre. Toutes les syphilides « dites simulantes » bien que de fréquence relative, doivent être toujours présentes à l'esprit — car la syphilis peut simuler l'impétigo, le psoriasis, l'acné, le lichen. Certains cas peuvent faire hésiter, même des spécialistes : certaines syphilides papulo-croûteuses ou ulcéreuses en particulier (lupus, tuberculose, cancer) et aussi la syphilis maligne précoce ou le rupia syphilitique (pyodermites graves, mycoses).

T. insiste plus spécialement sur les gommes, qui ne sont pas toujours uniques et peuvent réaliser de vastes placards infiltrés ulcérés et simuler le cancer, la tuberculose, les mycoses, etc., avec parfois des déductions chirurgicales mutilantes, à tout le moins responsables d'une perte de temps préjudiciable au malade.

Ces formes virulentes paraissent, en effet, plus fréquentes depuis quelques temps. On ne peut guère incriminer de façon précise le terrain (carences diverses, anergie médicamenteuse ou infectieuse), car elles surviennent bien souvent chez des individus jeunes, sans tare particulière. Si les associations morbides (syphilis et chancre

mou, syphilis et gonocoque) sont parfois invoquées à juste titre, pour justifier les plaques muqueuses hypertrophiques en larges nappes par exemple, elles n'expliquent pas les syphilides profuses, les accidents tertiaires mutilants, etc....

L'hypothèse d'une souche de tréponème plus virulente paraît erronée, car l'affection obéit de façon analogue à nos traitements et n'engendre pas nécessairement chez les individus contaminés une syphilis présentant le même degré de morbidité.

L'auteur interpréterait volontiers ces réveils de syphilis historique comme des mutations ou mieux, comme « des modifications dans l'activité de certains tréponèmes ». On pourrait y voir aussi des phénomènes d'hérédité en récessivité, capables de ne s'extérioriser dans le phénotype des tréponèmes qu'à échéance parfois très longue. Cette hypothèse permettrait d'expliquer que le tréponème retrouve, de loin en loin, la haute virulence qui fut la sienne à ses débuts en Europe.

Et cette syphilis historique, capable de réveils, expose, encore à l'heure actuelle, à des erreurs de diagnostic qu'il était utile de souligner.

L. Golé.

T. McDaniel, H. Marks et E. Joslin. — **Diabète sucré et syphilis** (Diabetes mellitus and syphilis). *Arch. Int. Med.*, t. **66**, novembre 1940, pp. 1011-1051.

Sur 15.095 malades atteints de diabète sucré, 258 seulement (1,7 o/o) ont fait leur preuve de syphilis, dont 87 o/o en période de latence.

De l'étude de ces cas et de la littérature médicale, les auteurs concluent que les facteurs essentiels du diabète (hérédité, obésité, date de début, etc.) sont les mêmes chez les sujets syphilitiques que chez les autres.

S'il existe un diabète syphilitique, il paraît devoir se comporter comme une manifestation tardive de la syphilis acquise chez des sujets âgés; le diabète paraît rare dans la syphilis congénitale.

Le traitement spécifique doit toujours s'accompagner du régime classique et son action demande une surveillance de plusieurs années avant d'être admise. D'ailleurs les auteurs n'ont pas vu une seule guérison du diabète par le traitement spécifique, fut-il parfait. Le diabète chez les syphilitiques ne se distingue en rien du diabète chez les non syphilitiques.

Les auteurs se refusent à admettre une entité clinique au diabète syphilitique.

A. Touraine.

F. Perkin. — **Syphilis et diabète sucré; étude clinique à long terme** (Syphilis and diabetes mellitus ; a longterm clinical study). *Ann. int. Medicin*, t. **21**, août 1944, pp. 272-284.

Chez 550 diabétiques étudiés entre 1928 et 1933, 54 (9,8 o/o) ont été des cas possibles de syphilis active ou latente. Il s'agissait, pour eux, de diabètes particulièrement légers.

Chez 19 sujets atteints de syphilis latente ou tertiaire, un traitement spécifique prolongé a été suivi d'une recherche de la tolérance au glucose. Chez 14 d'entre eux cette tolérance a été troublée, sans qu'il y ait eu manifestations cliniques de diabète.

Il existe donc des rapports entre la syphilis et le diabète (en particulier au cas de gangrène). Penser donc à la syphilis au cas de diabète léger compliqué de gangrène, même si la sérologie est négative. A. Touraine.

A. Philip. — **La chirurgie chez les femmes syphilitiques** (Surgery in syphilitic women). *American Journal of Surgery*, t. **49**, 1940, p. 496.

Deux séries de femmes ayant subi d'importantes opérations chirurgicales : l'une de 81 cas sans passé de syphilis, à sérologie négative; l'autre de 83 cas, chez des

syphilitiques anciennes, à sérologie positive et qui ont reçu, sauf cas d'urgence, 6 novar et 10 bismuth avant l'opération.

Dans la première série : 1 mort et 8 suites opératoires anormales. Dans la deuxième série : 2 morts et 13 suites opératoires anormales.

L'infection des plaies est un peu plus fréquente chez les syphilitiques que chez les autres (sans qu'il se fût agi de gommes ou de syphilides).

La syphilis est donc, en chirurgie, une complication qui crée un léger risque de mortalité, de morbidité ou d'infections secondaires.

A. Touraine.

J. E. Moore et S. L. Schamberg. — **L'acceptation de syphilitiques à l'assurance pour la vie** (The eligibility of syphilitic persons for life Insurance). *The Journal of the American Medical Association*, t. **134**, n° 18, 30 août 1947, pp. 1532-1535 (1 grand tableau résumé).

Les auteurs ont comparé la mortalité dans un groupe de syphilitiques avec celle d'un groupe d'hommes bien portants, ils trouvent que la syphilis impose une supra-mortalité de 138 à 188 o/o de la mortalité attendue.

Cependant, la comparaison est faite entre un groupe de spécifiques reconnus et un groupe de gens supposés non syphilitiques, mais ce groupe peut contenir des syphilitiques ignorés.

Dans le groupe de syphilitiques, on range aussi bien les syphilis primaires que les syphilis tardives graves, ce qui est absurde au point de vue assurance sur la vie.

Il est impossible de déterminer si la mort est due à la syphilis primitivement ou même secondairement, on ne considère pas que la syphilis est surtout fréquente dans les basses classes de la société dont le risque de mortalité est augmenté par de nombreuses autres maladies ou même les conditions de vie (infections aiguës, tuberculose, accidents du travail).

On ne considère pas non plus les progrès faits au point de vue thérapeutique.

On doit conclure que les études sur la mortalité des syphilitiques, aussi poussées soient-elles, sont incomplètes, inexactes et inutilisables pour la détermination d'une police d'assurances.

Il faut cependant insister sur le fait que ces études doivent être continuées pour déterminer la valeur des traitements spécifiques qui ont varié sans arrêt depuis 1909. Les auteurs pensent que la thérapeutique antibiotique de la syphilis est encore dans l'enfance et il est probable que, dans quelques années, la pénicilline sera remplacée par un agent thérapeutique beaucoup plus puissant.

Les auteurs dressent ensuite un tableau au point de vue assurance sur la vie, ils pensent qu'il faut refuser une police aux syphilitiques présentant des accidents tardifs cardio-vasculaires ou nerveux. M. Balter.

20i. — *Syphilis primaire.*

Binazzi (Pérouse). — **L'accident primaire du vagin** (Il sifiloma iniziale della vagina). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. 3, septembre 1946, pp. 205 à 218, 2 fig., Bibliographie.

A propos de deux cas personnels, l'auteur fait une revue générale de la question d'où il résulte que, si le chancre du vagin est moins rare qu'on le dit, il n'est cependant pas fréquent. Dans les deux cas observés, il s'agissait de malades de 22 ans et de 18 ans, ce qui confirme l'opinion émise par divers auteurs que cette localisation s'observe surtout chez les sujets jeunes, sans doute par une fragilité plus grande de leurs muqueuses. Au point de vue morphologique, Joulia a décrit

quatre formes : érosive, papulo-érosive, ulcéreuse, hypertrophique. Un des deux cas qui sont l'objet de ce travail présentait un aspect ulcéro-nécrotique et l'auteur est d'avis qu'il conviendrait d'ajouter cette quatrième forme. Il discute les différentes causes qui ont été invoquées pour expliquer que les chancres du vagin soient si peu fréquents : il rappelle l'hypothèse émise par Belgodère, que les tréponèmes doivent, sinon toujours du moins le plus souvent, pénétrer dans les téguments par les orifices glandulaires qui sont des portes d'entrée naturelles. Et comme il n'y a pas de glandes dans la muqueuse vaginale, il n'y a pas non plus de chancres.

BELGODÈRE.

P. JANSON (Waldfischbach). — **Chancre syphilitique du vagin** (Syphilitischer Primäraffekt der Vaginal). *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, t. **3**, n° 7, 1er octobre 1947, pp. 307-309.

Chez une femme de 18 ans, forte adénopathie inguinale droite ; un examen méticuleux permet de trouver un chancre de la paroi postérieure du vagin, enchâssé et dissimulé dans un pli, riche en tréponèmes.

A. TOURAINE.

P. D. GORDON PUGH. — **Deux manifestations inhabituelles de la syphilis primaire** (Two unusual clinical manifestations of the primary phase of syphilis). *British Medical Journal*, 21 décembre 1946, p. 945.

Cas n° 1. — Le 8 mai 1946, 8 jours après un rapport, un malade se présente avec une légère balanite, traitement local, Wassermann négatif, tout rentre dans l'ordre. Circoncision pratiquée le 15 mai ; le 21 juin, niant tout autre rapport, se représente avec une adénopathie inguinale. La cicatrice de la circoncision était un peu œdémateuse ; adénite bilatérale, le Bordet-Wassermann douteux. Le 25 juin, érosion de la cicatrice, plusieurs ultras négatifs. Le 30 juin, douleur intense de la verge avec gros œdème, ultra et Bordet-Wassermann fortement positifs.

Cas n° 2. — Le 6 juin 1946, un malade se présente avec des douleurs abdominales et une masse axillaire droite, nie tout rapport depuis 13 mois ; à l'examen, croûte de 1 millimètre de diamètre à la troisième articulation métacarpo-phalangienne droite, sans inflammation, épithrochléen droit, adénite axillaire, sensibilité de la région splénique. Le malade fut suivi tous les jours. Le 12 juin, Bordet-Wassermann négatif. Le 14 juin un peu de rougeur et de douleur associées à un peu d'œdème autour de la petite croûte de la main ; en une semaine, ulcération de 1 cm. 5 de diamètre avec bords indurés. Malheureusement la syphilis ne fut pas diagnostiquée à ce moment-là et l'on ne pratiqua pas l'ultra. Guérison en 3 semaines. L'adénite persistait et à un interrogatoire plus poussé le malade se rappela avoir donné un coup de poing sur les dents d'un individu 10 jours avant sa première consultation. Celui-ci avait été traité pour blennorragie, n'avait eu aucune manifestation clinique ou sérologique de syphilis. La réaction de Kahn fut alors pratiquée sur les deux malades avec un résultat fortement positif.

M. MANSOUR.

Sterzi GUIDO (Padoue). — **Contribution à la question de l'augmentation de fréquence des chancres multiples** (Contributo alla questione dell' aumentata frequenza dei sifilomi iniziali multipli). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilografia*, vol. **84**, fasc. 6, décembre 1943, pp. 770 à 777, 2 fig.

L'auteur, médecin militaire, rapporte la statistique de tous les cas de chancres syphilitiques génitaux qui ont été observés dans un hôpital militaire pendant le premier semestre de 1943. Il résulte de cette statistique que le fait déjà signalé antérieurement par d'autres auteurs, de l'augmentation en Italie des cas de chancres muliples continue à se vérifier. En effet, sur 97 accidents primaires observés par l'auteur, 38 c'est-à-dire 40 o/o étaient à manifestations multiples.

L'auteur estime que, vraisemblablement, ce fait doit être attribué à une diminution de la virulence du germe mais il est difficile d'expliquer la raison de cette diminution de virulence. Peut-être est-elle due à l'introduction en Italie, à la faveur de la guerre, de souches nouvelles de spirochètes non encore adaptés à la race italienne et par suite de virulence moindre. Ou bien encore ce fait est-il dû à la diffusion plus en plus grande des cures spécifiques et à leur durée plus prolongée, à

l'usage de plus en plus répandu des sels de bismuth, d'où résulterait une diminution de la virulence du tréponème.

BELGODÈRE.

J. H. RILLE. — **Sur les chancres syphilitiques multiples à distance** (Ueber distanzierte syphilitische Primäraffekte). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **59**, n° 17, 2 mai 1947, pp. 273-274, bibliogr.

Tableau récapitulatif de 19 cas de chancres bipolaires : organes génitaux et un autre secteur du corps, le plus souvent une lèvre (10 cas) ou une amygdale (5 cas).

Dans ces cas, l'apparition d'accidents secondaires et le virage de la sérologie paraissent plus hâtifs.

A. TOURAINE.

M. DECROP (Tanger). — **Deux cas de syphilis primaire extragénitale.** *Maroc Médical*, année **25**, n° 259, avril-mai 1946, pp. 58-59.

♂ de 25 ans, chancre inflammatoire, sphacélique, de la commissure du pouce et de l'index droits, après morsure par une prostituée.

♂ de 14 ans, très large chancre de la tempe droite après petite blessure par jet de pierre, pansée avec un chiffon par une voisine.

A. TOURAINE.

Giberti ZANNI. — **Rétention aiguë par réaction de Herxheimer chez un sujet porteur d'un chancre endo-urétral** (Ritenzione acuta da reazione di Herxheimer in portatore di sifilomes iniziale endouretrale). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. **19**, fasc. 2, Édition de guerre, pp. 138 à 141.

Curieuse observation d'un malade atteint à la fois de blennorragie et de chancre intra-urétral. Le traitement est commencé par une injection de bismuth, puis une injection intraveineuse d'arsénobenzol à 0,15, 48 heures après cette injection, rétention urinaire aiguë qui nécessite le cathétérisme, puis tout rentre dans l'ordre. L'auteur interprète cet accident comme occasionné par une réaction d'Herxheimer qui a provoqué une tuméfaction de la lésion endo-urétrale, oblitérant ainsi le canal.

BELGODÈRE.

G. FRIART. — **Évolution atypique d'un chancre mixte.** *Archives Belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, juillet 1947, pp. 377-380.

Observation d'une chancrellisation secondaire d'un chancre primitivement syphilitique chez un homme traité d'emblée par de grands lavages et une cure de sulfathiazol pour une gonococcie.

LOUIS VISSIAN.

A. W. FRANKLAND. — **Apparition retardée d'un chancre syphilitique après pénicilline** (Delayed appearance of a syphilitic chancre after Penicillin). *British Medical Journal*, 3 août 1946, pp. 159-160.

Le 3 janvier 1946, atteint d'une blennorragie, se présente un homme âgé de 29 ans ; il nie toute affection vénérienne antérieure ; la contamination eut lieu 3 jours auparavant. Reçoit 200.000 U. O. à raison de 25.000 toutes les 3 heures. Guéri rapidement. Tous les examens furent négatifs pendant la surveillance. Il revient consulter le 10 avril, avec un chancre syphilitique typique qu'il a depuis 7 jours (adénopathie inguinale typique). Ultra positif, Wassermann négatif. A un nouvel interrogatoire le malade certifie n'avoir eu aucun autre rapport, mais donne le nom de la prostituée. L'enquête montre que celle-ci fut traitée pour blennorragie en mai 1945, le mois de septembre suivant elle eut une salpingite, mais ne consulta à nouveau que le 25 février 1946 avec des condylômes sous la fourchette, l'ultra fut positif et le Wassermann fortement positif.

M. MANSOUR.

DE RAMAIX. — **A propos d'un cas exceptionnel de syphilis primaire pré-sérologique rebelle à la thérapeutique arséno-bismutho-mercurielle, évolution vers des accidents secondaires sévères et précoces ; penicillothérapie** *Société de Médecine militaire française*, Bulletin mensuel, juillet 1947, n° 7, pp. 177-181.

Il s'agit d'un malade atteint de syphilis primaire, puis secondaire du type ulcéreux,

puis psoriasiforme. La maladie résiste au novarsénobenzol, au bismuth, au mercure. Le blanchiment est obtenu en quelques jours par la pénicillothérapie. Cependant la sérologie reste fortement positive. L. Ferrabouc.

Sterzi (Padoue). — **Contribution à la balanite spécifique syphilitique de Follmann** (Contributo alla « Balanitis specifica syphilitica » di Follmann. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, fasc. 3, décembre 1944, pp. 299 à 303, 1 fig.

La balanite spécifique syphilitique de Follmann a fait l'objet, dans cette revue, d'une publication de son inventeur à laquelle le lecteur pourra se reporter (*Ann. Dermat.*, 1939, pp. 681 à 687).

L'auteur, après une revue de la littérature, étudie un cas personnel dont la description correspond aux publications antérieures. Inflammation diffuse séreuse du gland et de la face interne du prépuce sur laquelle apparurent ensuite de nombreuses érosions superficielles qui, par confluence, constituèrent sur une vaste étendue des figures polycycliques. Les tréponèmes furent facilement constatés et en abondance dans la sérosité qui suintait de la surface du gland. Adénopathie très nette. Les réactions sérologiques devinrent nettement positives au cours de l'observation.

L'auteur pense que cette évolution particulière doit être attribuée soit à une mutation du germe (atténuation de virulence) soit à une modalité spéciale de réactivité de l'organisme vis-à-vis de l'infection syphilitique.

[En ce moment même nous faisons un traitement de sécurité à un de nos anciens malades qui, quelques années avant la publication de Follmann, vint nous consulter pour des lésions de la muqueuse balano-préputiale sur lesquelles on ne pouvait faire cliniquement d'autre diagnostic que celui de balanite érosive, avec cette particularité cependant que les érosions, au lieu d'avoir un contour géographique, consistaient en érosions isolées multiples, arrondies ou ovalaires, les plus grandes ayant la dimension d'une lentille. La surface de ces érosions sécrétait un suintement abondant séreux et non purulent. Aucune trace d'induration. Adénopathie bilatérale mais peu caractéristique. Comme l'évolution de cette balanite était un peu traînante, on fit un examen bactériologique qui, au lieu de l'association fuso-spirillaire attendue, révéla la présence en abondance de tréponèmes très nets, malgré les soins antiseptiques antérieurs. La réaction de Bordet-Wassermann fut fortement positive. Nous fîmes alors le diagnostic de chancres érosifs multiples herpétiformes. Mais si chaque érosion prise individuellement avait un aspect herpétiforme leur groupement n'était pas herpétiforme : elles n'étaient pas groupées en corymbe, mais dispersées. *An.*].

Du reste l'auteur convient qu'il n'existe pas encore de distinction clinique nette entre la balanite de Follmann et les chancres multiples.

Belgodère.

A. Begey (Turin). — **Sur un cas de balanite spécifique de Follmann** (Sopra un caso di balanitis specifica syphilitica di Follmann). *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, t. **36**, n° 2, avril 1947, pp. 97-101, 1 fig., bibliogr.

Chez un homme de 19 ans, blennorragie guérie par 200.000 u. de pénicilline. 60 jours après le contact infectant, érosion préputiale et plusieurs érosions sur le gland, adénopathie, présence de tréponèmes [S'agit-il de balanite de Follmann ou de plaques muqueuses d'une syphilis à chancre masqué par la pénicilline. *An*].

A. Touraine.

Baglioni (Pérouse). — **Balanite syphilitique spécifique de Follmann** (Balanita sifilitica specifica di Follmann). *Annali italiani di Dermatologia e Sifilografia*, année **11**, n° 11, juillet-août 1946, p. 59 à 65, 1 fig., Bibliographie.

A force de répéter qu'elle est peu connue, la balanite spécifique de Follmann finit par être bien connue. L'auteur en rapporte un cas qui ne diffère pas des descriptions qui ont été données précédemment dans les divers pays. Lésions multiples superficielles ressemblant à des lésions de balanite, mais accompagnées d'une adénopathie à caractères nettement spécifiques et dans la sécrétion desquelles on trouve des tréponèmes particulièrement abondants. L'auteur discute le diagnostic

et les raisons de cette évolution particulière. Il se peut qu'elle soit due à une faible réactivité locale des tissus qui n'aurait pas permis aux phénomènes allergico-immunitaires surtout histioïdes, auxquels on admet que l'on doit attribuer les caractéristiques cliniques habituelles du syphilome initial, de s'établir. Ou bien encore cette évolution particulière serait due à une virulence particulière du parasite.

BELGODÈRE.

TORCHI (Bolzano). — **Remarques pathogéniques sur la balanite syphilitique spécifique de Follmann** (Osservazioni patogenetiche sulla balanitis syphilitica specifica di Follmann). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. VI, décembre 1947, pp. 492 à 502, 1 fig. Bibliographie.

Quatre cas observés et décrits amènent l'auteur à émettre l'opinion que la balanite spécifique de Follmann peut être déterminée soit par l'intervention d'un germe atténué, soit par l'inoculation du germe sur un terrain présentant des caracères personnels particuliers.

BELGODÈRE

20j. — *Syphilis secondaire.*

E. ARQUIÉ et P. TÉMIME. — **La syphilis secondaire chez les noirs.** *Médecine tropicale* t. **6**, n° 2, 1946, pp. 87-108, 12 fig.

De l'étude de nombreux malades (dont 20 observations rapportées en détail) les auteurs déduisent les constatations suivantes :

L'atteinte de l'état général, les troubles fonctionnels (algies) ou viscéraux sont rares.

La résistance de la sérologie à la thérapeutique classique est à souligner.

L'évolution chronologique des accidents reste dans les délais habituels.

La roséole est généralement peu visible ; les syphilides impétigineuses sont peu fréquentes mais laissent volontiers des taches hyperchromiques. Par contre, on voit souvent des syphilides lichénoïdes et folliculaires qui rappellent de nombreux états de spinulosisme, de la kératose pilaire, un lichen plan ou un lichen scrofulosorum. Assez spéciales à la race nègre sont les *syphilides maculo-papuleuses* tantôt brillantes, cuivrées, tantôt brunes et piquetées de « peau d'orange » et les *syphilides squameuses*, tantôt en nappes blanchâtres, poussiéreuses (syphilides pulvérulentes), tantôt en petites taches squameuses (syphilides pityriasiformes), tantôt squamo-croûteuses (syphilides psoriasiformes), toutes avec tendance à la pigmentation (syphilides hypernigricantes).

A. TOURAINE.

A. TANISSA (Lisbonne). — **Atrophies maculeuses syphilitiques et insuffisance hypophysaire** (Atrofiæ maculosas sifiliticas e insuficieñcia hipofisária). *Soc. portugesa de Dermatologia e Venereologia*, 30 novembre 1944, *Imprensa Medica*, année **11**, n°s 11-12, 20-25 juin 1945, pp. 204-205, 2 fig., bibliogr.

Chez une femme de 18 ans, petite et obèse, syphilides papulo-érosives du tronc et de la vulve, entourées par un halo pigmentaire, nombreuses vergetures rondes sur les flancs ; diminution et irrégularités de la selle turcique.

A. TOURAINE.

A. TANISSA et V. NUNES (Lisbonne) — **Atrophies maculeuses syphilitiques et dystonie neuro-végétative** (Atrofias maculosas sifiliticas e distinia neuro-vegetativa). *Imprensa Medica*, année **12**, n°s 15-16, 10-25 août 1946, pp. 229-232, 2 fig., bibliogr.

Rappel de quelques observations récentes de vergetures rondes syphilitiques et du rôle des dysendocrinies dans leur pathogénie. Exposé d'un beau cas personnel chez un homme de 18 ans (éruption profuse sur tout le dos), émotif, à angoisses faciles, hyperthyroïdien, à métabolisme basal + 23,2, à cholestérolémie de 1 gr. 33 o/oo et, en outre, ostéite syphilitique du crâne, sérologie négative.

Les troubles endocrino-sympathiques paraissent avoir joué un rôle déterminant sur les atrophies cutanées.

A. TOURAINE.

J. M. Ruzié (Nancy). — **La syphilide tuberculeuse fruste de Fournier.** *Thèse*, Nancy, 1947, 71 p., 3 fig., bibliogr.

A l'occasion de deux observations personnelles et de dix autres prises dans la littérature, l'auteur rappelle l'attention sur ces syphilides papuleuses, souvent légèrement squameuses, habituellement limitées à une ou deux régions du corps, en disposition circinée ou en corymbe ou en grains de plomb ou en arceaux, sans troubles subjectifs et qui, tout en ayant l'apparence d'accidents secondaires, surviennent tardivement (entre 6 et 46 ans après le chancre) chez des syphilitiques non ou mal soignés. Travail soigné et bien présenté.

A. Touraine.

J. Margarot, P. Rimbaud, Ravoire et Rigoulet. — **Syphilis primo-secondaire végétante chez un enfant de neuf ans.** *Bull. Soc. Méd. Montpellier et Languedoc méditerranéen*, 26 juin 1946.

Un jeune malade âgé de 9 ans présente entre le 4e et le 5e orteil une ulcération indolore à bords élevés et surmontée de squames-croûtes ; elle s'accompagne d'une adénopathie importante, également indolore, dans le triangle de Scarpa. Quelques semaines plus tard est apparu sur le prépuce une petite ulcération à bords souples ; celle-ci coexiste avec de petits ganglions inguinaux. Mais surtout dans le pli interfessier se sont développés 5 éléments végétants régulièrement ovalaires, de consistance molle. Les réactions de Bordet-Wassermann sont positives.

Le seul diagnostic plausible est celui d'accident primaire de l'orteil avec syphilides muqueuses hypertrophiques. L'origine de la contamination ne peut être précisée ; l'enfant est pensionnaire dans un orphelinat très surveillé ; les réactions sérologiques de la mère sont négatives. Disparition rapide des lésions cutanéo-muqueuses à la suite d'un traitement bismuthique.

P. Rimbaud.

Yves Lefranc. — **Contribution à l'étude des formes végétantes, hyperkératosiques e pseudo-tumorales de la syphilis.** *Thèse Lyon*, 1947, 40 pages, bibliographie.

Étude clinique et éléments du diagnostic basés sur onze observations de ces formes atypiques et rares, dont la nature est souvent méconnue et qui nécessitent un traitement prolongé.

Jean Lacassagne.

F. Serri. — **Hyperplasie pseudo-épithéliomateuse dans les manifestations syphilitiques tardives** (Iperpasia pseudo-epiteliomatosa in manifestazione luetica tardiva) « Anthologica 13 ». *Scritti Dermatologici* (Sanatorium 1946), 3 fig. Bibliographie).

L'auteur décrit un cas d'hyperplasie pseudo-épithéliomateuse sur les bords d'une manifestation syphilitique nodulo-gommeuse, fait une ample revue de la littérature sur la question et conclut en disant qu'il est indispensable pour l'interprétation de ces faits de tenir compte, non seulement du critère histologique, mais aussi du cri-

Louis Vissian.

Braulio Saenz. — **Syphilides génitales de rechute. Persistance des lésions sept mois après la négativation sérologique** (Relapsing syphilids of the Genitalia. Persistence of lesions seven mouths after serologic reversion). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 5, mai 1947, pp. 650-657, 3 fig.

Etudiant, 25 ans, ayant présenté une plaie de la verge étiquetée d'abord chancre mou, puis, devant des réactions sérologiques positives, traité par des injections hebdomadaires de néoarsphénamine 0,60, pendant deux mois. Le traitement fut ensuite abandonné sans aucun examen sérologique. Deux mois plus tard, apparition sur le gland et le fourreau de lésions circinées et infiltrées, avec tréponèmes à l'ultra, adénopathie inguinale. On porte le diagnostic de rechute clinique avec syphilides génitales de type secondo-tertiaire. Bordet-Wassermann et Kahn fortement positifs. Traitement : 25 injections de oxophénarsine hydrochloride (chlorarsen), 0,06 tous les trois jours et 10 injections hebdomadaires de salicylate de bismuth. Trois mois après : aucune modification des réactions sérologiques ni des lésions cliniques qui n'avaient aucune tendance à la guérison. Une biopsie a montré les lésions histologiques typiques des papules syphilitiques secondaires. Considéré comme arséno et bismutho-résistant, ce-

malade est traité par la pénicilline : 4.800.000 U. en 15 jours + 6 gr. par jour d'iodure de potassium pendant un mois.

Réactions sérologiques complètement négatives un mois après la série de pénicilline. Mais les lésions cliniques se maintenaient encore à ce moment absolument identiques.

Deux nouvelles séries de 20 injections de chlorarsen (0,06) associées à 15 injections de salicylate de bismuth, avec une série intermédiaire de 4.800.000 U. de pénicilline et iodure de potassium ont été instituées pendant les cinq mois suivants. Un mois plus tard, début de la régression des lésions qui ont guéri en quatre semaines environ, sept mois après la négativation sérologique.

On ne peut soutenir l'hypothèse d'une anergie devant la négativation sérologique et l'absence de lésions nouvelles.

Au cours de la discussion, Udo J. Wile rappelle que la pénicilline paraît actuellement moins active qu'il y a un an, mais, d'autre part, elle ne permet pas la guérison dans tous les cas, les facteurs individuels ayant également leur importance. Enfin, il semble bien que, jusqu'ici, les doses employées aient été trop faibles et qu'il soit nécessaire, à l'avenir, d'utiliser des doses plus importantes, se rapprochant peut-être de celles employées dans l'endocardite lente. Opinion identique exprimée par V. Pardo-Castello : la pénicilline — à doses identiques — est moins efficace à l'heure actuelle qu'il y a un an.

Pour D. C. Smith, le nouveau schéma de traitement est : 9.600.000 U en 15 jours (80.000 U. toutes les 3 heures). L'augmentation de la pénicilline K dans la pénicilline commerciale (80 à 90 o/o au lieu de 10 à 20 o/o) serait responsable de cette baisse de valeur thérapeutique (toutefois, depuis cette discussion, la pénicilline commerciale a été modifiée et contient de 80 à 90 o/o de pénicilline G).

L. Golé.

P. Leturque (Paris). — **De la fréquence relative des adénopathies régionales dans la syphilis primo-secondaire.** *Thèse*, Paris, 1947, dactylog. de 48 p., longue bibliogr.

Après un rappel de la valeur séméiologique des adénopathies dans la syphilis récente, de leur rôle dans la pathologie générale de l'infection et des différentes statistiques sur la fréquence particulière de certaines adénopathies, l'auteur donne ses propres constatations d'après l'examen de 100 malades : ganglions cervicaux postérieurs chez 70 o/o, épitrochléens 62, sus-claviculaires 27, mastoïdiens 25, axillaires 21, cervicaux antérieurs 16, sous-maxillaires 13, occipitaux 11, delto-pectoraux 1, polyadénopathie généralisée 5. Début des adénopathies noté dès le 13e-15e jour du chancre dans 2 cas (sérologie encore négative), mais plus souvent vers le troisième mois. Durée variable; au minimum 1 an, en général 2 à 4 ans, quelquefois plus. L'auteur pense avoir constaté une réapparition tardive des adénopathies (4 à 7 ans) chez les sujets qui développent une complication lointaine de la syphilis (tabès, aortite, paralysie générale, etc.). Il s'écoule généralement un an après la négativation de la sérologie pour que les adénopathies disparaissent.

A. Touraine.

L. Rouques. — **Adénopathies sus-épitrochléennes et syphilis.** *La Presse Médicale*, année **55**, no 44, 26 juillet 1947, p. 505.

Dans cette note de médecine pratique, à l'occasion d'un travail de Laurence Martin, R. montre le peu de valeur de ces adénopathies pour le diagnostic de la syphilis. Fournier s'était déjà élevé contre l'importance exagérée qu'on attribuait à cette localisation. Darier, par contre, insistait sur la valeur considérable de cette adénopathie apparaissant vers le 18e jour. Sur 200 jeunes soldats indemnes de syphilis ou de plaies des mains, 42 o/o avaient des ganglions épitrochléens palpables.

H. Rabeau.

L. MARTIN (Cambridge). — **Les ganglions épitrochléens palpables. Fréquence et relation avec la syphilis** (Palpable epitrochlear glands. Incidence and relation to syphilis). *The Lancet*, t. **252**, n° 10, 22 mars 1947, pp. 363, 2 tableaux, bibliogr.

Après un aperçu [très incomplet, *An.*] de quelques travaux sur l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la syphilis, l'auteur dit l'avoir constatée chez 42 o/o sur 200 soldats et 39 o/o chez 100 civils entre 21 et 35 ans, sans lésions locales pouvant l'expliquer. Dans environ la moitié des cas, l'adénopathie était bilatérale et dans 14 o/o des cas elle excédait le volume d'un noyau de cerise. Sa valeur séméiologique est donc restreinte. A. TOURAINE.

20m. — *Syphilis du tube digestif.*

MADURO. — **Formes cliniques de la syphilis buccale.** *Société odontologique de France*, 29 octobre 1946 : *La Revue de Stomatologie*, t. **48**, n° 1, 1947, p. 68-69.

Très bref compte rendu d'une conférence sur ce sujet. Aucune notion nouvelle. A. TOURAINE.

H. B. JENKINS. — **Syphilis récente des glandes sous-maxillaires** (Early syphilis of the submaxillary glands). *Bulletin of U. S. Army Medic. Dept.*, t. **5**, juin 1846, pp. 709-713, bibliogr.

85 cas en ont été publiés jusqu'en 1944, dont 81 intéressaient aussi les parotidites.

Cas personnel : Homme de 23 ans, gonflement et sensibilité progressive, depuis 3 semaines, des deux glandes sous-maxillaires. Pas d'antécédents syphilitiques, mais blennorragie aiguë un an auparavant. Une ulcération buccale, sans tréponèmes. Wassermann et Kahn positifs. Guérison rapide par le traitement. A. TOURAINE.

L. LEBOURG. — **Ostéite alvéolaire, première manifestation d'une syphilis ignorée.** *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, année **23**, n°3, 21 janvier 1947, pp. 161-162.

♂, 53 ans, abcès gingival qui met sur la voie d'une ostéo-périostite nécrosante, à évolution subaiguë, du maxillaire supérieur. Leucoplasie jugale, Bordet-Wassermann positif. Guérison par le traitement antisyphilitique. A. TOURAINE.

M. SEGAL. — **Rétrécissement syphilitique de l'œsophage** (Syphilitic stricture of the esophagus). *South African Medical Journal*, 27 juillet 1946.

Homme de 23 ans, sténose du tiers inférieur de l'œsophage avec régurgitations tardives, progressive depuis 6 mois. A la radio, sténose serrée de l'extrémité cardiaque du conduit avec forte dilatation sus-jacente. Sérologie positive. Suppression des vomissements dès le traitement par mapharsen et bismuth ; plus tard, disparition des signes de sténose. A. TOURAINE.

A. KAUVAR et S. KAUVAR (Denver, Colorado). — **La syphilis gastrique considérée comme un problème en pathologie interne** (Syphilis of the stomach as a problem in internal medicine). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 206-208, bibliogr. américaine.

A l'aide d'une bibliographie parcellaire, l'auteur rappelle les différentes formes classiques de la syphilis gastrique et les questions de diagnostic qu'elles posent. Simple et courte revue générale. A. TOURAINE.

W. KNIGHT et A. FALK (Minneapolis). — **Syphilis tertiaire de l'estomac** (Tertiary gastric syphilis). *Gastro-enterology*, t. **9**, n° 1, juillet 1947, pp. 17-27, 7 fig., bibliogr.

D'après les auteurs, les débuts de la syphilis gastrique remontent aux deux cas de Chiari (1891) [oubli de ceux de Leudet 1860, Lancereaux 1864 et 1866, Cornil

1874 et 1879, etc., *An*]. Les observations s'en sont multipliées, surtout depuis la gastroscopie. D'après O'Leary, 0,3 o/o des syphilitiques ont une atteinte de l'estomac. Les critères en ont été établis par Bockus (*Gastro-enterology*, **1**, 1943, p. 712) [et par bien d'autres auparavant. *An*]. L'auteur rapporte quelques observations américaines de syphilis gastrique à la période secondaire et rappelle, à la période tertiaire, les quatre formes de Moutier : hémorragique, ulcérative, gastritique, tumorale. C'est un exemple de cette dernière qu'il rapporte :

Homme de 54 ans ; nie la syphilis. Depuis deux ans, anorexie, pesanteur gastrique. Image radiologique d'une tumeur du tiers moyen de l'estomac ; sérologie positive ; tuberculose associée. A la gastroscopie : polype pédiculé de la paroi antérieure. Traitement spécifique intensif [non indiqué *An*] ; sténose persistante, ulcère près du pylore. Gastrectomie. Histologie du polype : inflammation chronique de type syphilitique.

A. Touraine.

J. Piéri. — **Syphilis gastrique à forme pseudo-néoplasique.** *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 1er mars 1946.

♂ de 50 ans. Syndrome gastrique douloureux depuis juin 1945. Niche volumineuse de la petite courbure avec encoche. Wassermann fortement positif ; amélioration puis guérison par le cyanure de mercure et le bismuth dès novembre 1945.

A. Touraine.

C. Patterson, M. Rouse et J. Bagwell. — **Le diagnostic gastroscopique de la syphilis de l'estomac** (The gastroscopic diagnosis of syphilis of the stomach). *South Medic. Journ.*, t. **35**, juin 1942, pp. 565-570.

Résumé de l'examen gastroscopique de 12 malades de 24 à 65 ans, syphilitiques non traités, pour lesquels le diagnostic de syphilis gastrique avait été envisagé ou posé en raison de signes remontant de 3 mois à 2 ans : brûlures épigastriques, nausées, vomissements, cachexie, hématémèses, tumeur palpable. Tous avaient une sérologie positive et de l'achlorhydrie. La radiographie montrait troubles de transit ou ulcération, ou tumeur, ou rétrécissement prépylorique ou épaississement diffus de la paroi.

Des gastroscopies répétées ont montré que les lésions considérées comme d'origine syphilitique tertiaire pouvaient être de trois types : ulcérations uniques ou multiples de la muqueuse (6 cas), tumeurs non ulcéreuses (3 cas), infiltration des parois (3 cas).

A. Touraine.

R. Hahn. — **Syphilis du foie** (Syphilis of the liver). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **27**, septembre 1943, pp. 529-562, longue bibliogr.

Sur 5.670 autopsies pratiquées de 1910 à 1938 au John Hopkins Hospital, 1.165 étaient celles de syphilitiques. S'élevant contre la tendance à considérer une cirrhose chez un syphilitique comme synonyme de syphilis du foie, l'auteur décrit les symptômes et l'anatomie pathologique de la vraie syphilis du foie, mettant à part la cirrhose portale.

Aucun cas de syphilis récente du foie n'a été autopsié et le diagnostic clinique n'en a été posé que 5 fois sur environ 10.000 syphilitiques récents.

Aucun fait n'a confirmé la conception de l'ictère précoce post-arsénobenzolique comme une réaction d'Herxheimer ou celle de l'ictère post-arsénobenzolique retardé comme une hépato-récidive. Aucun cas d'ictère grave n'a été constaté chez des syphilitiques non traités et Hahn émet des doutes sur l'existence de cette entité.

La fréquence de la syphilis tardive du foie a été de 0,45 o/o sur l'ensemble des autopsies et de 4,9 o/o sur 1.165 autopsies de syphilitiques adultes, sans préférence de race, de sexe ou d'âge. Aucune des 66 autopsies n'a révélé d'hépatite interstitielle diffuse syphilitique. La caractéristique la plus marquante était la

formation locale de gommes. Dans 8 cas seulement, le processus hépatique paraît avoir contribué à la mort. Sur 66 cadavres, 40 présentaient des lésions syphilitiques d'autres organes.

La symptomatologie de 73 cas cliniques de syphilis tardive du foie, vérifiée par autopsie ou laparotomie a été : 12 fois douleurs abdominales, 23 fois hépatomégalie, 10 fois splénomégalie. Chez 66 o/o d'entre eux, il existait d'autres manifestations cliniques de syphilis et chez 81 o/o la sérologie était positive.

Aucun de ces malades n'avait reçu de traitement satisfaisant au début de sa syphilis. Le délai moyen d'apparition des signes hépatiques a été de 15 ans après l'infection. L'auteur estime que, sur 1.000 syphilitiques, 6 seulement auront une syphilis tardive du foie qui contribuera à la mort. Le tableau clinique n'a pris de valeur séméiologique que dans 30 o/o des cas. Le diagnostic correct n'a été posé que dans 12,3 o/o; on pense en général à une cirrhose portale ou à un cancer du foie. Sur 35 observations dans lesquelles le diagnostic de syphilis du foie avait été posé, 9 seulement ont vu ce diagnostic confirmé.

En ce qui concerne la cirrhose portale, elle a été constatée dans 3,8 o/o des autopsies de 1.165 adultes syphilitiques et dans 2,3 o/o des autopsies de 4.505 adultes non syphilitiques. Elle coïncide rarement avec une syphilis hépatique caractéristique et il n'existe pas de formes de transition entre ces deux processus pathologiques.

A. TOURAINE.

E. C. CRACIUM et T. SPARCHEZ. — **Ictère syphilitique précoce avec vérification biopsique et traitement pénicillino-bismuthique.** *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, année **111**, 3e Série, t. **131**, nos 13 et 14. Séance du 1er avril 1947, pp. 237-239.

A l'appui de l'action exercée par l'association pénicilline-bismuth dans le traitement de la syphilis, les auteurs relatent deux cas d'ictère syphilitique observés l'un à la période présérologique du chancre, l'autre à la période secondaire, dans lesquels la pénicillinothérapie aux doses de 600.000 unités pour le premier cas, 800.000 unités pour le second, associées à des injections quotidiennes de bismuth, a abouti en quelques jours à la disparition de l'ictère et des autres signes cliniques.

Dans les deux cas, les bioponctures ou biopsies aspirées, selon la méthode de Roholm et Iversen, ont confirmé la nature des lésions hépatiques et l'action du traitement sur ces dernières. Les lésions consistaient dans les altérations habituelles des hépatites syphilitiques précoces : irrégularités des trabécules avec cellules épithéliales tuméfiées, vacuolaires et hydropiques, sans modifications nucléaires notables; réaction réticulo-histiocytaire intense avec abondance des cellules de Kuppfer; infiltrations subaiguës, lympho-plasmocytaires, parsemant les espaces interlobulaires et entourant les veines sus-hépatiques.

Après quelques jours de traitement, les lésions trabéculo-épithéliales avaient nettement diminué, prouvant ainsi l'action spécifique exercée par le traitement; il persistait, par contre, une réaction kuppférienne avec infiltrations interlobulaires et périveineuses marquées, traduisant vraisemblablement des phénomènes résiduels d'ordre banal.

Les résultats obtenus incitent les auteurs à recommander l'association pénicilline-bismuth non seulement dans les hépatites syphilitiques confirmées, mais encore dans les cas de syphilis récentes accompagnées d'état dyspeptique sans ictère, où l'atteinte du foie est démontrée par la sensibilité régionale, l'hyperbilirubinémie, l'urobilinurie et les épreuves fonctionnelles classiques. Cette thérapeutique leur paraît d'autant plus indiquée que les médicaments arsenicaux employés dans les mêmes conditions risquent, en pareil cas, de déterminer des phénomènes d'intolérance et de favoriser l'apparition d'un ictère parathérapeutique.

LUCIEN PÉRIN.

R. Thompson (Cincinnati). — **La syphilis du foie à l'hôpital général de Cincinnati** (Syphilis of the lever at the Cincinnati general hospital). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 195-198.

5 observations de cirrhose syphilitique (dont 4 avec sérologie positive, 3 sans ictère, 3 avec splénomégalie, 4 avec ascite).

3 observations de gomme sans cirrhose (un diagnostic clinique pur, un par opération, un par autopsie).

4 cas d'hépatite syphilitique au cours d'accidents secondaires.

2 cas de nouveau-nés avec hépatite congénitale.

A. Touraine.

L. Ferrannini (Bari). — **Hépatite syphilitique interstitielle** (Epatite sifilitica interstiziale). *Minerva medica*, année **38**, vol. **2**, n° 50, 15 décembre 1947, pp. 503-506.

Chez une femme de 53 ans, cirrhose hypertrophique avec réactions de Wassermann et au citochol faiblement positives.

Discussion du diagnostic et rappel de quelques variétés de syphilis du foie.

A. Touraine.

Chr. Sundt. — **Un cas de cirrhose syphilitique du foie avec syndrome type Banti (pseudo-Banti syphilitique)** (A case of luetic liver cirrhosis with a Banti-type syndrome-Luetic pseudo-Banti). *Soc. norvégienne de Dermatologie*, 8 février 1945 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 5, 1947, pp. 440-443.

Femme de 48 ans, mère morte de cancer du foie. A 12 ans, ictère ; à 19 ans, syphilis et roséole, traitement irrégulier et tardif. Œdème malléolaire, pétéchies aux deux jambes ; subictère, hépato-splénomégalie ; sérologie positive ; leucopénie à 600-2.000, plaquettes à 55.000-99.000, signe du lacet, hypoprothrombinémie, urobilinurie. Intolérance à l'arsenic ; bismuth sans résultat. A. Touraine.

S. Belbenoit et J. Lox (d'Arras). — **Diagnostic par le pneumopéritoine d'un foie ficelé syphilitique. Aspect radiologique et laparoscopique** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 42e série, nos 24-25, 5 juillet 1946, pp. 393-395, figure).

Une fillette de 14 ans entre à l'hôpital pour une ascite qui est prise pour une péritonite tuberculeuse malgré une cuti-réaction négative. Après ponction exploratrice et évacuatrice les auteurs explorent l'abdomen au pleuroscope qui leur montre l'absence de toute tuberculose. Une radiographie leur montre alors, grâce au pneumopéritoine, un foie ficelé polylobé. Les auteurs font alors une nouvelle exploration laparoscopique qui confirme évidemment l'altération hépatique, et une troisième après traitement qui témoigne que le foie ne s'est pas modifié.

Il est vrai que le traitement appliqué a été des plus modestes, sauf en ce qui concerne l'iodure de potassium.

[Nous pensons que les auteurs auraient pu s'éviter des explorations compliquées en recherchant la syphilis héréditaire qui s'accompagnait d'ailleurs d'une sérologie entièrement positive chez la petite malade et chez sa mère. *An.*].

Georges Garnier.

P. Savy, A. Vachon, P. Blondet et Buffart. — **Les pancréatites syphilitiques de l'adulte**. *Le Journal de Médecine de Lyon*, année **27**, n° 637, 20 juillet 1947, pp. 535-540.

Les auteurs ont pu réunir 17 observations de pancréatites syphilitiques indiscutables dont deux personnelles.

Affection se manifestant à l'âge moyen de la vie avec prédominance pour le sexe masculin. Anatomopathologiquement, on retrouve les lésions habituelles de la syphilis viscérale (gommes et sclérose, lésions vasculaires et infiltrations lymphocytaires).

Douleur, ictère, tumeur, diarrhée, glycosurie, amaigrissement sont les symptô-

mes cliniques pouvant s'intriquer ou exister seuls. Le diagnostic de l'origine syphilitique n'est rendu possible que par l'association avec les lésions syphilitiques d'un autre organe, par la posivité des réactions sérologiques et surtout par l'épreuve thérapeutique qui supprime rapidement toutes les manifestations de la maladie.

JEAN LACASSAGNE.

20 n. — *Syphilis de l'appareil respiratoire.*

G. KULCHAR et F. WINDHOLZ (San Francisco). — **Aspects cliniques, radiologiques et anatomiques de la syphilis pulmonaire tardive. Effets de la penicilline** (The clinical, radiologic and pathologic aspects of late pulmonary syphilis. Effects of penicillin therapy). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 166-180, 6 fig., bibliogr.

Revue des différentes formes d'après les classiques. Pearson et Navasquez résument ainsi les divers critères cliniques : une histoire anormale d'affection pulmonaire, brève ou longue, souvent avec hémoptysies, toux, perte de poids et fièvre; élimination des causes habituelles de pneumopathies (pneumonie, cancer, mycoses, tuberculose, cette dernière après plusieurs recherches négatives de son bacille) : commémoratifs et signes concomitants de syphilis, séro-réactions positives; action du traitement spécifique; radiologie.

Les lésions se classent en : broncho-pneumonie aiguë (exsudative); pneumonie interstitielle chronique (productive), diffuse, nodulaire, péribronchique, réticulaire, massive; gommes; bronchectasies.

Quatre observations personnelles (nombreuses illustrations) dont une traitée et guérie par la pénicilline (2.400.000 u.).

A. TOURAINE.

J. M. WILSON. — **Syphilis acquise du poumon** (Acquiered syphilis of the lung). *Annals of Internal Medicine*, juillet 1946.

A propos d'une observation personnelle avec sérologie positive et présence de tréponèmes dans les lésions, l'auteur rappelle qu'il n'en existe qu'environ 200 cas dans la littérature, dont très peu ont été vérifiés à l'autopsie.

A. TOURAINE.

G. BOATTINI. — **Note clinique sur la syphilis pulmonaire** (Nota clinica sulla sifilide polmonare). *Minerva Medica*, n° 40, 6 octobre 1947.

L'auteur, après avoir rappelé l'anatomie pathologique et la clinique de la syphilis pulmonaire, présente une observation de l'affection en montrant bien les difficultés diagnostiques et tout particulièrement les problèmes posés par les fébricules

LOUIS VISSIAN.

H. LOHEL (Halle). — **Un cas de syphilis tertiaire à manifestations cutanées et pulmonaires** (Ueber einen Fall von Lues III mit Haut-und Lungenveränderungen). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, année **3**, n° 7, 1er oct. 1947, pp. 293-300, 5 indicat. bibliogr. allemandes.

Chez un homme de 36 ans, à passé clinique et sérologique constamment négatif, éruption sur le visage de syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses et signes d'une pneumonie interstitielle, avec réactions sérologiques fortement positives (Kahn, Meinicke K et citochol). Éosinophilie de 16 o/o.

A. TOURAINE.

J. GATÉ et H. GARDÈRE. — **Les cortico-pleurites syphilitiques.** *La syphilis viscérale tardive*. L'expansion scientifique française, 1946, pp. 159-163.

Il peut s'agir d'une lésion syphilitique de voisinage après une médiastinite, mais

il existe des observations de localisation primitive de la syphilis sur la plèvre à la phase secondaire ou à la période tertiaire. Cette cortico-pleurite sèche est très souvent méconnue mais serait probablement dépistée assez fréquemment si l'attention était attirée vers cette localisation du tréponème.

Les auteurs en fixent les données anatomo-pathologiques (forme superficielle, forme profonde avec atteinte pulmonaire) et, chez les malades non traités, évolution vers la sclérose pulmonaire, d'où l'intérêt du traitement précoce.

L. Golé.

P. Simonin, J. Watrin, J. Girard et J. Michel. — **La syphilis pulmonaire pseudo-tumorale.** *La syphilis viscérale tardive.* L'expansion scientifique française, 1946, pp. 164-167.

Rappel des localisations pulmonaires de la syphilis (formes pseudo-tuberculeuses et formes pseudo-néoplasiques ou tumorales) à propos d'une observation de ce dernier type (Cf. Michel, *Thèse de Nancy*, 1942).

La syphilis pulmonaire pseudo-tumorale est rare, elle est de diagnostic clinique difficile. La radiologie qui permet de classer ses différents types permet seule le diagnostic. Elle permet de différencier la *lobite syphilitique*, en général d'un sommet (aspect de condensation homogène à concavité scissurale généralement dirigée en haut et en dedans, contrairement à la tuberculose).

Le syphilome scléro-gommeux ou *syphilome diffus du poumon* (Bensaude et Émery); masse sombre, parfois excavée, à contours polycycliques, irréguliers avec arborescences fibreuses, et la *gomme solitaire du poumon* (Cornil et Rauvier), les *gommes multiples*, la *granulie syphilitique* (Abel et Morlot).

L'épreuve thérapeutique confirmera ce diagnostic radiologique difficile, surtout avec le cancer primitif ou secondaire.

L. Golé.

20o. — *Syphilis de l'appareil circulatoire.*

Cl. Huriez, J. Desruelles et R. Lapouille (de Lille). — **Contribution statistique à l'étude de la syphilis cardio-aortique.** *Paris Médical*, année **37**, n° 16, 19 avril 1947, pp. 196-199.

L'importance de l'étiologie syphilitique dans les affections de l'aorte est diversement appréciée par les syphiligraphes et par les cardiologues. Ces derniers ne l'acceptent, en général, qu'avec réticence et ils demandent qu'elle soit étayée sur une sérologie positive, des antécédents ou un contexte clinique indiscutables de syphilis. Les premiers, plus familiarisés avec les aspects protéiformes de la syphilis, sont tentés de lui attribuer un rôle important comme dans toutes les affections d'étiologie imprécise, même si la sérologie est négative et s'il n'existe pas d'antécédents connus ou de signes associés manifestes de syphilis. L'épreuve du traitement, que les cardiologues ne considèrent pas comme probante, est pour les syphiligraphes un argument de plus en faveur de cette étiologie.

Se plaçant sur un terrain purement objectif, les auteurs apportent une statistique de 68 cas de lésions aortiques syphilitiques caractérisées, extraite de 14.000 observations recueillies de 1927 à 1941 dans le service de médecine générale du Professeur Carrière (de Lille). Ils distinguent parmi ces cas : les *aortites pures*, les *aortites avec participation orificielle ou myocardique*, les *anévrysmes* et les *aortites associées à d'autres manifestations viscérales de syphilis.*

A. *Aortite pure* (28 cas, se répartissant en 16 hommes et 8 femmes).

Maximum de fréquence : 40 à 50 ans. Dans 11 cas, l'aortite, absolument latente, a été découverte au cours d'un examen systématique; dans 12 cas, l'attention a

été attirée par des signes d'insuffisance cardiaque; 3 sujets se plaignaient de douleurs angineuses, 2 femmes étaient venues consulter pour dysphagie.

La sérologie a été positive dans 18 observations (70 o/o des cas). Six malades seulement ont reconnu avoir contracté la syphilis. Dans un cas, l'aortite est survenue un an après le chancre; chez un autre sujet, elle s'est manifestée cinq ans après la contamination; chez 4 malades, elle est survenue plus de dix ans après le chancre.

Trois sujets avaient présenté des signes d'aortite malgré un traitement correct et ininterrompu.

Tous ces sujets ont été soumis à une thérapeutique antisyphilitique appropriée. Sept d'entre eux en ont retiré un bénéfice incontestable, quatre sont morts après un délai variable d'insuffisance cardiaque, dix-sept ont été perdus de vue.

B. *Aortite et lésions valvulaires ou myocardiques* (15 cas).

Maximum de fréquence : 40 à 60 ans. Dans 7 cas, la lésion valvulaire était une insuffisance aortique (sérologie positive dans 4 cas); dans 7 cas, il s'agissait de lésions mitrales : 4 cas d'insuffisance mitrale, 3 cas de rétrécissement mitral (sérologie positive dans 3 cas) ; dans 1 cas, une endocardite d'Osler était venue se greffer sur l'aortite. La découverte de l'affection cardiaque a été fortuite dans 3 cas; deux sujets étaient venus consulter pour angor, dix pour des signes d'insuffisance cardiaque. Quatre malades ont avoué avoir contracté la syphilis; par rapport au chancre, les lésions sont survenues pour l'un d'eux après un intervalle de 10 ans, pour les trois autres après un intervalle de 20 ans. Tous avaient reçu un traitement nettement insuffisant.

Quatre de ces sujets ont été améliorés par le traitement; trois sont morts d'asystolie; huit ont été perdus de vue.

C. *Anévrysmes de l'aorte* (11 cas).

Maximum de fréquence : 50 ans.

Dans 4 cas, l'anévrysme a été une surprise d'examen, dans un cas il était apparent et palpable. Cinq malades présentaient des douleurs angineuses ou des signes de compression médiastinale, un seul présentait des signes d'insuffisance cardiaque.

Chez 8 malades, l'anévrysme siégeait sur la partie ascendante de la crosse; chez 2 malades sur la partie descendante; chez un malade sur l'aorte abdominale.

La sérologie s'est montrée positive dans 5 cas.

Le traitement antisyphilitique institué chez ces malades n'a apporté aucune amélioration. Quatre sont morts d'asystolie, 7 ont disparu.

D. *Aortite et syphilis nerveuse* (14 cas).

Maximum de fréquence : 50 à 60 ans.

Dans tous ces cas, l'aortite était associée à des manifestations indiscutables de syphilis nerveuse (tabès, paralysie générale, etc.).

L'atteinte cardiaque est demeurée dans 6 cas absolument latente; elle a été révélée dans un cas par des douleurs angineuses, dans 7 cas par des signes d'insuffisance cardiaque.

Malgré l'existence de stigmates syphilitiques manifestes chez tous ces malades, la sérologie ne s'est montrée positive que dans la moitié des cas.

Trois malades ont reconnu l'existence d'un chancre 10 à 20 ans auparavant; un seul d'entre eux avait été correctement traité, les deux autres n'avaient reçu qu'un traitement insuffisant.

La thérapeutique antisyphilitique instituée dans tous ces cas n'a produit que des résultats médiocres : un malade a été amélioré, six sont morts d'asystolie, sept ont été perdus de vue.

Cette intéressante statistique confirme les notions généralement admises sur la

date d'apparition tardive des manifestations viscérales de la syphilis, la latence fréquente de ces manifestations, l'importance d'un traitement antisyphilitique régulier dans leur prévention, la fréquence de l'étiologie syphilitique des insuffisances aortiques et des anévrysmes de l'aorte. Elle témoigne, une fois de plus, que la négativité des séro-réactions spécifiques n'exclut pas l'étiologie syphilitique des lésions auxquelles on a affaire. Contrairement à certaines statistiques, elle montre le pourcentage élevé des sérologies positives dans les aortites pures (70 o/o des cas) et confirme la fréquence de l'origine syphilitique de ces dernières.

Les chiffres qui précèdent intéressent la région lilloise et reflètent vraisemblablement l'épidémie syphilitique de la guerre de 1914-1918 avec les conséquences aggravées qui en ont résulté dans les milieux surpeuplés des villes industrielles. Ils justifient l'impérieux devoir d'intensifier la lutte antivénérienne par tous les moyens possibles devant la recrudescence inquiétante des cas de syphilis à laquelle nous assistons actuellement. LUCIEN PÉRIN.

N. S. DAVIS (Chicago). — **Une affection cardiaque à sérologie positive est-elle toujours due à la syphilis ?** (Is the heart disease of those who have positive serologic always due to syphilis ?). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 198-200.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic étiologique de syphilis dans les affections cardio-aortiques. Un syphilitique peut devoir son affection au rhumatisme, à l'artériosclérose (discussion des éléments du diagnostic). L'argument sérologique peut perdre de sa valeur au cas de réactions « presque positives » ou faussement positives. A. TOURAINE.

E. HENRIQUEZ, A. CIPRES et J. GALINDO. — **Etude statistique des affections cardiaques chez 800 insuffisants cardiaques traités à l'Hôpital Central de Mexico.** *Société française de Cardiologie*, 19 mai 1946.

Dans 146 cas (18 o/o) il s'agissait de lésions aortiques. 46 d'entre elles étaient des insuffisances, chez 35 hommes et 11 femmes, dont 32 d'origine rhumatismale, 9 d'origine syphilitique et 5 chez des sujets à la fois rhumatisants et syphilitiques. Chez 40 autres (22 hommes et 18 femmes), il y avait à la fois lésion aortique et lésion mitrale, toujours rhumatismale. Sur 19 cas d'aortite simple (14 hommes et 5 femmes), 15 étaient chez des syphilitiques.

Dans 46 cas, il y avait anévrysme de l'aorte (29 aortes ascendantes, 10 crosses, 4 aortes thoraciques, 3 aortes abdominales); tous les malades étaient des syphilitiques; 21 d'entre eux n'avaient jamais été soignés.

Gallavardin rappelle que sur 84 cas d'insuffisance solitaire de l'aorte, chez des adultes observés par lui, 49 étaient d'origine syphilitique.

A. TOURAINE.

P. OURY, L. ROUKINE et J. ESTIVAL. — **Le rôle du rhumatisme aigu et de la syphilis associés dans la genèse des cardiopathies.** *La Semaine des Hôpitaux*, t. **22**, n° 41, 7 novembre 1946, pp. 1908-1911, bibliogr.

Dans 20 cas les auteurs ont rencontré cette association chez des cardiopathes; ils rappellent les constatations analogues de Roubier, Belly et Planche (*Progrès médical*, 14 janvier 1933 avec 8 cas); de Sager et Sohval (*Arch. of Path.*, juin 1934, p. 279, avec 2 cas), de Weiss et Autopol, de Henriquez, Cipres et Galindo (*Soc. fr. de Cardiologie*, 19 mai 1946 : sur 46 insuffisances aortiques, 32 rhumatismales, 9 syphilitiques, 5 mixtes).

Les observations purement cliniques des auteurs se divisent en 2 groupes :

1° Cas où la syphilis a été correctement traitée. Le rhumatisme évolue comme si la syphilis n'existait pas (2 observations rapportées).

2° Cas où la syphilis a été insuffisamment traitée. Si la syphilis est antérieure (2 observations) le cœur paraît être protégé contre le virus rhumatismal par la sclérose syphilitique, malgré l'acuité des phénomènes articulaires. Si la syphilis est postérieure (3 observations) le cœur paraît sensibilisé par le rhumatisme et l'aortite syphilitique peut être précoce. A. Touraine.

W. Beckh. — **La sérologie dans la syphilis cardio-vasculaire** (The serologic reaction in cardiovascular syphilis). *American Heart Journal*, t. **25**, mars 1943, pp. 307-312.

Étude de 100 cas de syphilis cardio-vasculaire, confirmés par l'autopsie et examinés sérologiquement par les méthodes de Kahn et de Wassermann.

Sur 49 cas d'insuffisance ou d'anévrysme aortique, 43 (88 o/o) avaient l'une des deux ou les deux réactions positives. Sur 51 cas d'aortite non compliquée, 44 (86 o/o) avaient une sérologie positive. A. Touraine.

J. Barbier. — **Valeur séméiologique de la sédimentation sanguine dans la syphilis cardio-aortique.** *Journal de Médecine de Lyon*, t. **26**, n° 621, 20 novembre 1945, pp. 737-741.

La recherche de la sédimentation des hématies rend des services importants dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces affections. Sa vitesse est augmentée et cela proportionnellement à la tendance évolutive des lésions. Abstraction faite de l'instabilité de la vitesse chez les syphilitiques et de l'influence des infections secondaires, une vitesse normale fera modifier ou suspendre le traitement spécifique chez un sujet âgé. A. Touraine.

D. Spain et M. Johanssen — **Trois cas de myocardite gommeuse localisée** (Three cases of localized gummatous myocarditis). *American Heart Journal*, t. **24**, novembre 1942, pp. 689-695.

Trois observations à joindre aux 17 de la littérature récente : hommes de 63 et de 53 ans, femme de 56 ans, décédés peu après leur hospitalisation, chez lesquels l'électrocardiogramme avait montré des troubles de la conduction et dont la sérologie était positive.

Détail des autopsies.

A. Touraine.

G. Burch et T Winsor. — **Sténose coronaire syphilitique avec infarctus du myocarde** (Syphilitic coronary stenosis with myocardial infarction). *American Heart Journal*, t .**24**, décembre 1942, pp. 740-751.

Sur 21.642 malades hospitalisés en 5 ans pour affection cardiaque, 326 l'ont été pour infarctus du myocarde dont 3 seulement par sténose syphilitique des coronaires.

Sur 4.610 autopsies pour affection cardiaque, 185 montraient des lésions du myocarde dont 3 seulement étaient des infarctus par sténose syphilitique des coronaires. A ces 3 cas, on peut en ajouter 9 autres, puisés dans la littérature.

Sur 6.225 autopsies, 193 révélaient une aortite syphilitique. 40 d'entre celles-ci comportaient un rétrécissement d'une ou des deux coronaires résultant d'une lésion syphilitique de l'aorte et 3 seulement présentaient un infarctus du myocarde secondaire au rétrécissement.

Pour d'autres auteurs, la fréquence de l'aortite, dans l'ensemble des autopsies, varie entre 2,7 et 7,0 o/o; celle de l'aortite avec sténose syphilitique des coronaires oscille entre 8,4 et 35 o/o.

Un cinquième des malades atteints d'aortite syphilitique présentent des lésions de l'orifice des coronaires, 1 ou 2 o/o seulement présentent un infarctus du myocarde.

L'âge moyen de la sténose syphilitique des coronaires est de 45 ans. Les deux

artères sont prises simultanément dans la majorité des cas. On compte 1 femme pour 3,5 hommes. La sérologie est positive dans 96,3 o/o des cas.

A. TOURAINE.

E. JONES et E. BEDFORD. — **Angine de poitrine syphilitique** (Syphilitic angina pectoris). *British Heart Journal*, t. **5**, avril 1943, pp. 107-120.

Étude de 103 syphilitiques sujets à des crises douloureuses paroxystiques dans la poitrine : 80 hommes, 23 femmes, surtout de 40 à 50 ans, mais allant jusqu'à 70. Des commémoratifs précis de syphilis ont été obtenus dans 31 cas et le délai moyen d'apparition a été de 24 ans après l'infection. La sérologie a été positive dans 96 cas.

Cliniquement, on notait 67 insuffisances aortiques, 59 dilatations de l'aorte, 83 augmentations de volume du cœur et 26 hypertensions essentielles. Anomalies du cardiogramme dans 57 cas sur 94.

70 sujets avaient de l'angine d'effort et 64 des douleurs indépendantes de l'effort. Les crises nocturnes étaient fréquentes; elles obéissaient aux nitrites. Des attaques angineuses paradyspnéiques ont été notées dans 13 cas, un état angineux dans 9 et des symptômes de thrombose pulmonaire non imputable à la syphilis dans 10.

Autopsie dans 10 cas : les lésions essentielles de l'angine syphilitique sont l'aortite, l'insuffisance aortique souvent combinées avec la sténose ou l'oblitération des orifices des coronaires. On peut constater de la coronarite athéromateuse et thrombosante.

Les auteurs ne croient pas à l'existence d'un syndrome atypique ou pseudo-angineux.

A. TOURAINE.

A. CIVATTE. — **Les lésions des vaisseaux sanguins dans la syphilis. Valeur séméiologique de ces lésions dans la syphilis cutanée.** *La syphilis viscérale tardive.* L'expansion scientifique française, éd. 1946, pp. 39-48, 14 fig.

Civatte étudie les altérations vasculaires dans la syphilis cutanée à ses diverses périodes.

Dès les premiers jours du chancre : néoformation considérable des vaisseaux (Ehrmann) puis infiltrat endo et péri-vasculaire. Dans le plexus hypodermique on constate l'atteinte des grosses veines (endophlébite) dont émanent les vaisseaux altérés. Par contre, les artères correspondantes sont indemnes.

A la période secondaire, au contraire, et sauf cas exceptionnels, il n'y a ni endophlébite, ni artérite (bien que nous soyons en pleine phase septicémique) et les lésions consistent en simples amas lymphocytaires d'aspect banal autour des vaisseaux du plexus sous-papillaire (roséole) et, pour les papules, des traînées de lymphocytes et surtout de plasmocytes « sur un fond plus ou moins tuberculoïde », sans aucune valeur pathognomonique.

A la période tertiaire, on constatera, par contre, des lésions mixtes, artérielles et veineuses. Mais les phlébites sont plus importantes (oblitération complète, destruction complète des éléments musculaires et conjonctifs de la paroi) que les lésions artérielles (oblitération souvent incomplète, paroi musculaire épargnée, adventice épaissie et sclérosée).

Les infiltrats sont à peu près identiques dans les trois formes de syphilis tardive : les tubercules non ulcérés, les syphilides tuberculo-ulcéreuses ou tuberculo-gommeuses et les gommes vraies, et ressemblent à ceux de la syphilis secondaire, par contre les altérations vasculaires sont différentes dans les trois cas.

Dans les formes purement tuberculeuses : périphlébite ou péri-artérite légère. Dans les formes tuberculo-ulcéreuses ou tuberculo-gommeuses : endophlébite

surtout, avec atteinte de veines profondes, hypodermiques, éloignées de l'ulcération, et assez souvent un peu d'endo-artérite. Dans la gomme vraie : lésions veineuses plus importantes encore mais surtout grosses lésions artérielles allant jusqu'à l'oblitération complète. La gomme s'installe autour d'une phlébite (Philipson), c'est, dit Civatte, « une gigantesque endopériphlébite, mais elle n'est pas suffisante pour provoquer la fonte massive de la gomme, il y faut quelques lésions artérielles, « un obstacle artériel, même assez faible ».

Des lésions artérielles associées sont nécessaires pour provoquer un ramollissement important et Favre a insisté, avec raison, sur le rôle pathogénique de l'oblitération artérielle dans la gomme en général.

L'association de grosses lésions de phlébite et de minuscules artérites est un gros argument en faveur de la syphilis, mais n'est pas absolument pathognomonique.

Cette formule anatomopathologique est un élément de présomption en faveur de la syphilis. Elle ne permet pas d'affirmer avec certitude l'origine syphilitique d'une lésion cutanée ou muqueuse, mais constitue un argument important que l'on confrontera avec la clinique et le laboratoire. L. Golé.

Y. Bouvrain. — **Le rôle de la syphilis tardive dans l'étiologie des maladies artérielles.** *Actualités dermato-vénéréologiques*. L'expansion scientifique française, éd. 1946, pp. 150-155.

Après avoir rappelé combien l'importance de la syphilis dans ces affections a été discutée ces dernières années, l'auteur apporte une importante statistique de 537 cas étudiés et suivis par lui dans le Service du Pr Ag. Soulié. L'étude critique de ces cas permet de rapporter à la syphilis 30 à 40 o/o des aortites. Sur 400 cas de coronarites indiscutables, Laubry et Soulié en attribuent 13,5 o/o à la syphilis qui réalise une coronarite ostiale localisée aux orifices des artères du cœur, très particulière et bien différente des coronarites diffuses banales.

Rôle effacé de la syphilis dans l'hypertension, contrairement à l'opinion généralement admise il y a quelques années.

Le rôle de la syphilis paraît nul dans l'étiologie du rétrécissement aortique, peu important dans la dissociation auriculo-ventriculaire, l'arythmie complète (5 à 10 o/o des cas seulement) et dans les lésions de l'artère pulmonaire.

Si le traitement antisyphilitique doit être institué, énergique, quand la syphilis est prouvée, par contre, on doit savoir abandonner ce traitement quand le rôle de la syphilis n'a pu être établi.

L. Golé.

A. Levitt et D. Levy — **La syphilis de l'aorte. Analyse de 508 cas** (Syphilitic aortic disease. An analysis of 508 cases). *New-York State Journal of Medicine*, t. **40**, 15 avril 1940, p. 648.

Ces 508 cas de syphilis aortique constituent 5,56 o/o du nombre total des cardiaques étudiés en 12 ans. 187 d'entre eux avaient une sérologie positive et une augmentation de la matité de l'aorte derrière le manubrium, 70 un élargissement de l'arc aortique avec accentuation du deuxième bruit, 155 une insuffisance aortique, 94 un anévrysme. 80 o/o étaient des hommes et 78,8 o/o avaient entre 31 et 60 ans d'âge. Sur les 94 cas d'anévrysmes, 29 seulement se connaissaient l'existence antérieure d'un chancre (15 à 25 ans auparavant chez 65 o/o d'entre eux).

Les symptômes les plus fréquents ont été la dyspnée (242 cas), les douleurs sous-sternales (117 cas), la toux (62 cas), des poussées congestives (140 cas). Dans 141 cas, il existait simultanément des lésions du système nerveux central et sur 43 ponctions lombaires 38 ont été anormales.

237 malades avaient reçu un traitement spécifique plus ou moins important (pour 147 ce traitement avait été satisfaisant); 241 n'avaient eu aucun traitement antérieur.

A. TOURAINE.

R. KAMPMEIER, R. GLASS et F. FLEMING — **L'aortite syphilitique non compliquée. Peut-elle être diagnostiquée?** (Uncomplicated syphilitic aortitis. Can it be diagnosed). *Venereal Disease Information*, t. **23**, n° 7, juillet 1942, pp. 254-262, 6 tableaux, bibliogr. américaine.

Moore, Danglade et Reissinger (*Arch. int. Med.*, **49**, 1932, p. 753) ont admis 7 critères pour le diagnostic de l'aortite syphilitique non compliquée : 1 dilatation de l'aorte sous l'écran; 2, augmentation de la matité rétrosternale; 3, passé de troubles circulatoires; 4, accentuation du deuxième bruit aortique; 5, défaillance cardiaque progressive; 6, douleur sus-sternale; 7, dyspnée paroxystique. Trois ou plus de ces signes chez un syphilitique de moins de 50 ans, non mitral, imposent le diagnostic. Ces conclusions dérivaient de l'examen de 105 cas d'aortite non compliquée vérifiés à l'autopsie, dont 78 avaient moins de 50 ans et dont 75 n'avaient pas eu d'hypertension. Dans 17 cas, le diagnostic avait été suspecté ou posé du vivant du malade en raison d'un faisceau des signes précédents; dans 35 autres cas un seul de ces signes existait; dans 53 enfin aucun de ces signes n'était perceptible et le diagnostic restait impossible.

Mêmes difficultés de diagnostic clinique pour Wile et Snow (1938) d'après 83 malades, pour Carter et Baker (1931), White et Wise (1937). L'examen radiologique est aussi incertain; il permet le diagnostic pour Maynard (1935) d'après 346 cas; il n'a montré aucune dilatation de l'aorte d'après Blitch (1932) chez 30 hommes de 35 à 50 ans sans insuffisance ni anévrysme. L'assombrissement progressif avec l'âge est le même, pour Kemp (1937), chez les syphilitiques et chez les non syphilitiques, mais l'élargissement de l'aorte se constate chez 59 o/o des malades pour lesquels le diagnostic clinique d'aortite syphilitique non compliquée a été posé au nom des critères de Moore.

Quant à la dyspnée paroxystique nocturne dont Moore faisait un de ses critères (d'ailleurs rare en l'absence de défaillance du cœur gauche), Keefer et Resnik (1926) l'ont notée comme absente dans tous leurs 24 cas d'aortite non compliquée.

En ce qui concerne les douleurs signalées par Moore, leur facteur essentiel est, d'après Pincoffs et Love (1934) l'atteinte des orifices des coronaires.

Pour Wilson (1937), en résumé, l'aortite syphilitique non compliquée est asymptomatique. De 106 cas vérifiés à l'autopsie, 60 ne comportaient aucune autre lésion cardio-vasculaire; or, de ces 60 cas, 59 ne présentaient aucun des critères de Moore, alors que les 46 autres en avaient un ou plusieurs.

Les recherches personnelles de K, G et F portent sur 33 cas d'aortites simples constatées dans 168 autopsies de syphilitiques. 16 de ces cas n'avaient présenté aucun signe clinique d'une affection cardio-vasculaire; les 17 autres montraient des lésions d'aortite compliquée qui offraient une meilleure explication aux signes de la série Moore. Par contre, 30 syphilitiques sans lésions anatomiques d'aortite avaient des lésions vasculaires (hypertension, coronarite, affection rhumatismale, etc.) qui se traduisaient par un grand nombre des signes attribués à l'aortite non compliquée. Le diagnostic clinique de celles-ci est donc pratiquement impossible.

A. TOURAINE.

F. HOUSER et E. KLINE (Cleveland). — **Développement précoce de l'aortite syphilitique** (The early development of syphilitic aortitis). *Annals of Internal Medicine*, t. **27**, n° 5, nov. 1947, pp. 827-829, courte bibliogr. américaine.

Homme de 49 ans, chancre syphilitique en octobre 1942 ; traitement : 16 mapharsen

et 10 bismuth en plusieurs mois. En octobre 1944, double souffle aortique, hypertrophie du ventricule gauche. Mort en juin 1945, aortite diffuse, coronaires normales.

Rappel des cas analogues de Brooks, de Blackford, de Reid, de Sanford.

A. TOURAINE.

B. WEBSTER et G. READER (New-York). — **Effets du traitement antisyphilitique sur le développement histologique de l'aortite syphilitique** (The effect of antisyphilitic treatment, on the microscopic appearance of syphilitic aortitis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **32**, n° 1, janvier 1948, pp. 19-27, 2 fig., 6 tabl., bibliogr.

L'étude histologique de 45 syphilitiques atteints, en toute évidence, d'aortite à l'autopsie et dont le passé et le traitement spécifique antérieur étaient connus, montre qu'un traitement adéquat (au moins 20 arsenics et 20 bismuths) suffit en général pour réduire l'aortite à l'inactivité. Sur 19 sujets ayant reçu un tel traitement, 3 seulement avaient une aortite en activité, alors que celle-ci existait chez tous les 19 sujets non traités antérieurement.

A. TOURAINE.

W. GARDON, F. PARKER jr et S. WEISS. — **Aortite gommeuse** (Gummatous aortitis). *Arch. of Internal Medicine* (Chicago, t. **70**, septembre 1942, pp. 396-415.

Trois observations détaillées d'aortite gommeuse *macroscopique* : Dans le premier, le processus gommeux avait oblitéré complètement l'artère coronaire droite et partiellement la gauche; dans le second, les gommes s'étendaient aussi à la base des valvules aortiques; dans le troisième, le processus aortique avait gagné l'artère pulmonaire, l'aorte s'était perforée dans la trachée. Dans les trois, absence de gommes dans le myocarde.

Joints aux 10 cas de la littérature récente, ces 3 observations sont l'occasion d'une étude d'ensemble. Les lésions siègent principalement dans la média mais affectent habituellement aussi l'adventice et l'intima. Elles ne se manifestent cliniquement que si elles provoquent lésions ou obstruction des coronaires ou une perforation de l'aorte.

Des gommes *microscopiques* ont été trouvées dans 8 cas sur 360 d'aortite chronique syphilitique. L'âge des sujets variait entre 32 et 59 ans; 5 d'entre eux étaient des hommes, 5 présentaient une insuffisance aortique et 5 une dyspnée cardiaque paroxystique.

Étude du diagnostic avec les aortites d'autre origine.

A. TOURAINE.

J. BARKER et W. YATER. — **Un cas de fistule artério-veineuse entre l'aorte ascendante et la veine cave supérieure** (Arteriovenous fistula between the ascending aorta and the superior vena cava : Report of a case). *Med. Ann. District of Columbia*, t. **11**, novembre 1942, pp. 439-443.

Nègre de 44 ans, avec œdème des yeux, de la face, du cou et du bras droit depuis 9 heures. Syphilis ancienne. A la radio, anévrysme fusiforme de l'aorte ascendante. Mort 4 mois plus tard par œdème du larynx. A l'autopsie, aortite syphilitique, anévrysme de l'aorte ascendante qui communique par une fistule avec la veine cave supérieure.

A. TOURAINE.

T. WEINBERG et F. BEISSINGER (Baltimore). — **Aortite gommeuse syphilitique, cause d'une sténose ostiale des coronaires et d'un infarctus du myocarde** (Syphilitic gummatous aortitis as the cause coronary artery ostial stenosis and myocardial infarction). *American Heart Journal*, t. **32**, n° 5, novembre 1946, pp. 665-669, 4 fig., bibliogr. américaine.

Femme de 28 ans, avec accès dyspnéiques, fièvre, douleurs rétro-sternales. Mort par broncho-pneumonie. A l'autopsie, plaque d'épaississement de l'aorte au-dessus de deux valvules sigmoïdes qui entoure l'orifice des deux artères coronaires; deux autres plaques analogues dans l'aorte : lésions gommeuses au microscope.

L'aortite gommeuse est rare : 8 cas sur 360 aortites syphilitiques d'après Gordon (1942). Pour Burch et Winsor (1942), sur 185 infarctus du myocarde, 3 seulement ont pu être rapportés à une coronarite syphilitique. L'âge de la malade est particulièrement jeune; l'âge moyen de la coronarite sténosante est de 34 ans pour Bruenn, 40 pour Burch et Winsor.

A. Touraine.

J. Jackman et M. Lubert. — **Valeur de la calcification radiologique de l'aorte ascendante** (The significance of calcination in the ascending aorta as observed rœntgenologically). *American Journal of Rœntgenology*, t. **53**, mai 1945, pp. 432-438. bibliogr.

L'étude porte sur 66 observations cliniques, radiologiques et nécropsiques d'aortite syphilitique. Des traînées de calcification de l'aorte ascendante ont été constatées, aux rayons, dans 22,7 o/o (et seulement dans 3,2 o/o de 66 cas d'artériosclérose grave de l'aorte).

20 observations en sont rapportées.

Une calcification en traînée de l'aorte ascendante est donc un signe de haute valeur de syphilis aortique. Elle n'est pas un signe précoce et ne s'observe que dans les cas de syphilis ancienne et relativement au repos.

A. Touraine.

L. Hammon. — **Le diagnostic des insuffisances aortiques** (The diagnostic implications of aortic insufficiency). *Cincinnati Journal of Medicine*, t. **25**, mai 1944, pp. 95-120.

La syphilis est l'une des 8 causes d'insuffisance aortique. Dans 80 o/o des cas, l'affection apparaît entre 30 et 60 ans; la survie moyenne est alors de 3 à 4 ans et la rechute, après guérison apparente, est généralement de 2 à 3 mois.

La syphilis affecte seulement, dans l'aorte, les valvules et détermine une insuffisance aortique; elle peut s'étendre à la paroi antérieure de la valvule mitrale mais n'y détermine ni insuffisance, ni sténose (le murmure présystolique de Flint est dû à une insuffisance aortique développée). Les lésions syphilitiques de l'aorte n'entraînent pas de sténose aortique marquée; leur caractéristique réside dans une dilatation de l'aorte (dans les cas douteux, cette dilatation est un appoint au diagnostic de syphilis). L'association avec une endocardite bactérienne est moins rare qu'on ne le supposait.

Les réactions sérologiques peuvent être négatives (10 à 15 o/o des aortites syphilitiques); on ne saurait donc éliminer ainsi le rôle de la syphilis.

A. Touraine.

X.... — **Le diagnostic précoce de l'aortite syphilitique** (Early diagnosis of syphilitic aortitis). *The Lancet*, 21 mars 1942, pp. 360-361.

Les stades initiaux de l'aortite syphilitique restent inaperçus jusqu'au développement d'un anévrysme, d'une insuffisance aortique, d'un rétrécissement des orifices coronaires. Tous les signes proposés sont inconstants : douleurs, dyspnée paroxystique, matité rétro-sternale, pulsations sus-sternales, éclatement du second bruit, souffle systolique.

L'électrocardiogramme peut ne montrer aucune anomalie pendant ou après les périodes primaire, secondaire, tertiaire ou latente de la syphilis.

Le principal obstacle pour dépister cette aortite par une radiographie, même répétée et minutieuse, est l'impossibilité d'établir un état normal standard de l'aorte. Toutes les anomalies radiologiques qui ont été attribuées à l'aortite syphilitique peuvent s'observer dans les aortites non syphilitiques.

A. Touraine.

M. Ogden. — **L'anévrysme de l'aorte** (Aneurism of the aorta). *Urologic and Cutaneous Review*, t. **44**, novembre 1940, pp. 731-735.

Sur 9.000 autopsies pratiquées de 1931 à 1938, 418 concernaient des syphilitiques chez lesquels on a trouvé 125 (30 o/o) anévrysmes de l'aorte dont 55 s'étaient rompus.

Le délai depuis la contamination était en moyenne de 18 ans (variant de 6 mois à 35 ans). On en comptait 116 sacculaires, 2 fusiformes, 9 disséquants. 15 siégeaient sur l'aorte abdominale (dont 8 rompus), 112 sur l'aorte thoracique dont 35 sur la portion ascendante (dont 12 rompus), 57 sur l'arc aortique (dont 22 rompus), 20 sur la portion descendante (dont 12 rompus).

Les trois tuniques étaient simultanément intéressées : toute l'adventice était très épaisse, congestionnée, œdématiée; forte vascularisation avec destruction des tissus musculaire et élastique et remplacement par du tissu fibreux dans la média. Il existait presque toujours une aortite syphilitique d'ordre artérioscléreux.

La dyspnée a été le symptôme le plus constant; la douleur, quand elle existait, était surtout sus-sternale. La réaction de Wassermann était positive dans 41 cas sur 84. La mort a été due 55 fois à la rupture, 9 fois à l'atélectasie pulmonaire par compression de la trachée, 3 fois à la sténose des coronaires, 34 fois à l'insuffisance cardiaque et 1 fois à une gomme du cœur.

A. Touraine.

G. Reader, B. Romeo, B. Webster et W. McDermott (New-York). — **Le pronostic de l'insuffisance aortique syphilitique** (The prognosis of syphilitic aortic insufficiency). *Annals of Internal Medicine*, t. **27**, n° 4, octobre 1947, pp. 584-595, 7 tableaux, bibliogr. américaine.

Classiquement, l'aortite syphilitique a une évolution rapidement fatale (en 12 à 36 mois). Pour Grant, cependant, une survie de 10 ans se verrait dans 36 o/o. Le traitement spécifique améliore beaucoup le pronostic.

D'après les auteurs, 43 de leurs cas d'insuffisance aortique syphilitique, soumis à un traitement intensif, bismuthique ou arsenical trivalent, ont pu être suivis pendant 2 à 16 ans; 20 se sont aggravés; 13 sont morts dont 8 par troubles cardiaques. Sur 18 cas asymptomatiques, 6 ont présenté plus tard des manifestations cliniques. Sur 27 survivants, un seul a repris une vie active, 12 sont restés asymptomatiques.

A. Touraine.

S. Loewenberg et S. Baer (Philadelphie). — **Anévrysme de l'aorte thoracique descendante** (Aneurysm of the descending thoracic aorta). *American Heart Journal*, t. **32**, n° 5, novembre 1946, pp. 653-658, 3 fig., bibliogr.

D'après Lucke et Rea (1921), sur 321 anévrysmes de l'aorte, 173 siègent sur la crosse, 40 dans l'abdomen et 31 sur l'aorte thoracique. La fréquence de ceux-ci est, encore, estimée à 2 o/o par Brindley et Schwab, 4,7 par Kampmeier et par Levitt et Levy.

Nègre de 61 ans. Début des symptômes à 61 ans (douleur ombilicale). Wassermann fortement positif à 57 ans et, à l'examen, à 61 ans. Mort par hémoptysie abondante. Autopsie : athérome de la crosse qui est légèrement dilatée ; anévrysme sacculaire sus-diaphragmatique ouvert dans le poumon gauche ; légère sclérose du myocarde, des reins.

A. Touraine.

V. Scott. — **Anévrysmes de l'abdomen** (Abdominal aneurysmes). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **28**, novembre 1944. pp. 682-716.

Moins connus que ceux de l'aorte thoracique, les anévrysmes de l'aorte abdominale sont étudiés d'après des cas recueillis dans la littérature, l'examen et l'autopsie de 96 malades soignés au John Hopkins Hospital.

L'origine a été la syphilis dans 58,9 o/o, l'artériosclérose dans 20 o/o, une infection microbienne ou mycosique dans 18,8 o/o, une périartérite noueuse dans 1 cas, la tuberculose dans 1 cas. Les anévrysmes d'origine syphilitique siègent surtout dans le segment supérieur de l'aorte abdominale, ceux d'origine artérioscléreuse dans le segment inférieur, ceux d'origine bactérienne dans les petites branches.

Les anévrysmes syphilitiques se voient habituellement avant l'âge de 50 ans, et rarement après celui de 60; c'est l'inverse pour les anévrysmes par artériosclérose; les microbiens sont plus fréquents chez les sujets jeunes.

Le symptôme le plus significatif des anévrysmes d'origine syphilitique est la douleur abdominale ou dorsale, plus forte la nuit ou aux changements de position; ceux de l'artériosclérose sont généralement asymptomatiques. Il s'y associe très souvent une aortite thoracique (anévrysme sacculaire chez 33 o/o; insuffisance surajoutée dans 18).

Les signes radiologiques sont : érosions des vertèbres, notamment entre D_{11} et L_2, dépôts calcaires dans la paroi de l'anévrysme.

Près de 70 o/o des sujets meurent en moins de deux ans et demi après le début des symptômes; 17 o/o survivent plus de 5 ans (et même 28 ans dans un cas personnel).

A. Touraine.

R. Malloy et R. Jason. — **Anévrysme de l'artère hépatique** (Aneurysm of the hepatic artery). *American Journal of Surgery*, t. **57**, août 1942, pp. 359-363, longue bibliogr.

Sur 84 cas réunis par les auteurs, la syphilis ne paraît en avoir été la cause que dans 6 (plus un cas douteux).

L'anévrysme est généralement unique

L'imprécision de ses signes (douleurs dans 58 cas, hémorrhagie dans 40) fait que le diagnostic n'a été posé que 2 fois avant la mort.

La ligature, quoique dangereuse, a donné deux guérisons.

A. Touraine.

P. Dardenne. — **Les cures prolongées de cyanure de mercure dans le traitement de l'aortite syphilitique.** *Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse*, janvier 1946.

6 très bons résultats dans l'aortite syphilitique dont 5 avec angor et 1 avec périaortite; rapide disparition des troubles fonctionnels et même diminution du souffle aortique et des altérations de l'électrocardiogramme dans un cas. Grande amélioration dans 2 aorto-myocardites graves. Parfaite tolérance des reins.

A. Touraine.

F. Zeman. — **Occlusion de la veine cave supérieure par médiastinite syphilitique** (Occlusion of the superior vena cave due to syphilitic mediastinitis). *Journal of thoracic Surgery* (U. S. A.), t. **14**, 1945, p. 330.

♂, 61 ans, qui, au cours d'une période d'observation de 19 ans, a développé progressivement une circulation collatérale superficielle et de la grande azygos avec direction du sang vers la veine cave inférieure. Il existait un œdème matutinal de la tête et du cou qui disparaissait graduellement quand le malade reprenait la station verticale.

A. Touraine.

20p. — *Syphilis de l'appareil locomoteur.*

M. Levine (Los Angelès). — **Syphilis des os** (Syphilis of bone). *The Urologic and Cutaneous Review.*, t. **50**, n° 7, juillet 1946. pp. 399-406, 11 fig.

Déjà reconnaissable, d'après Williams, sur un squelette vieux de 800 à 1.000 ans, la syphilis des os est en régression depuis l'avènement des traitements actifs récents.

Dans la SYPHILIS ACQUISE, qui frappe surtout le tibia, le sternum, le crâne, la face, la forme la plus fréquente est le *type périostéal* (périostite passagère avec activité ostéoblastique, possibilité de thromboses avec séquestre). Moins commun est le *type endostéal* (gommes).

La SYPHILIS CONGÉNITALE se divise en épiphysites, ostéomes du crâne, craniotabès et, plus tard, ostéomyélite.

Suivent les observations de 12 malades représentant ces divers types.

A. TOURAINE.

H. FRANCIS et R. KAMPMEIER. — **Les lésions des os dans la syphilis acquise tertiaire** (The bone lesions in acquired tertiary syphilis). *South Med. Journ.*, t. **36**, août 1943, pp. 556-559.

L'examen radiologique de 67 syphilitiques anciens a permis de trouver 117 lésions des os, le plus souvent sur les tibias (34 cas) puis, par ordre de décroissance, sur les clavicules, le crâne, les péronés, les fémurs, etc. (au total 20 os différents).

Les lésions habituelles sont celles soit de gommes du périoste avec réactions secondaires, soit d'ostéite ou d'ostéomyélite gommeuse avec réactions dans l'os voisin. Ces réactions sont : tantôt périostite hyperplasique localisée ou diffuse, tantôt ostéite destructive ou ostéomyélite, généralement associée avec lésions scléreuses endo ou périostées, tantôt ostéite sclérosante dans laquelle la gomme passe inaperçue.

A. TOURAINE.

C. TRICOG. — **Lésions des os dans la syphilis acquise** (Bone lesions in acquired syphilis). *Radiology*, t. **40**, janvier 1943, pp. 1-9.

Rappel des principales formes de syphilis osseuse (dont la plus essentielle est l'ostéomyélite avec ses diverses conséquences).

Exposé de 9 cas personnels. 1, périostite du tibia avec ostéite légère probable : 2, gommes du tibia et du péroné gauches (diagnostic clinique : sarcome); 3, fracture de l'humérus par ostéomyélite (diagnostic clinique : ostéochondrome) : 4, syphilis osseuse généralisée rappelant des métastases ostéolytiques; 5, ostéomyélite de la clavicule droite; 6 et 7, ostéomyélite des côtes et de la clavicule; 8, lésions destructives d'une clavicule; 9, ostéomyélite.

La principale cause d'erreur est la confusion avec une tumeur, maligne ou non.

A. TOURAINE.

G. GIRAUD, P. CAZAL et A. MALEKI (Montpellier). — **Introduction clinique et physiopathologique au traitement des maladies osseuses acquises.** *Annales de Médecine*, t. **48**, n° 3, 1947, pp. 319-356, pas de bibliogr.

De cet important travail, intéressant à divers titres, à relever le rôle nul attribué à la syphilis dans l'étiologie des ostéopathies acquises, puisque cette maladie n'est pas mentionnée; seule l'ostéoporose des tabétiques est signalée.

A. TOURAINE.

STEFANETTI (Gênes). — **Le facteur syphilitique sur l'endocraniose** (Il fattore luetico sull'endocraniosi). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 3, mai-juin 1947, pp. 256 à 265, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion d'observer quelques cas de syphilis récente dont la manifestation la plus évidente était une céphalée intense gravative, continue, avec des crises d'exacerbation, à peu de distance de l'époque de la contagion. Il s'est demandé si ces céphalées de caractère particulier devaient être rapportées uniquement à la syphilis ou bien si d'autres facteurs intervenaient pour en expliquer la pathogénie.

Il s'agissait, dans les cas observés, de trois femmes jeunes, atteintes de syphilis récente et traitées régulièrement et présentant un certain degré de séro-résistance.

En raison de cette céphalée intense, on pratiqua un examen radiologique du crâne qui mit en évidence la présence de lésions d'endostose de la surface interne du crâne, révélant ainsi une endocraniose.

Le traitement amena bien une amélioration subjective, mais aucune modification objective. Ces malades étaient donc atteintes de lésions d'endocranite chronique, hyperostosique.

Ces lésions pouvaient-elles être rapportées à l'infection luétique ? S. écarte cette opinion, car les lésions osseuses de la syphilis ont des caractères bien connus qui ne ressemblent en rien aux lésions de caractère chronique et bien antérieures à l'infection, observées dans les cas étudiés. Cependant, il n'est pas niable que la céphalée ne s'est manifestée que sous l'influence de l'infection luétique. Mais S. pense que les lésions d'endocraniose chronique antérieures à la syphilis, ont créé une prédisposition individuelle indépendante de la syphilis, mais que celle-ci a fonctionné non seulement comme révélateur de lésions préexistantes avec leur symptomatologie propre, mais qu'elle a permis la continuation de cette symptomatologie, son accentuation dans les périodes de repos du traitement spécifique et son amélioration pendant les périodes d'activité de ce traitement.

Les lésions endocraniennes rencontrées chez ces malades ne peuvent pas être rapportées à l'infection luétique, même si elles trouvent dans cette infection par le tréponème un cofacteur de notable importance dans leur extrinsécation subjective et objective.

Belgodère

R. Barthelemy. — **Manifestations vertébrales de la syphilis.** *Le Concours médical*, année **69**, n° 44, 1er novembre 1947, pp. 1821-1825.

Étude d'ensemble sur les spondylites (périostite, hyperostose, feuilletage, gomme, opacité; disques intervertébraux, ligaments), le mal de Pott syphilitique, surtout cervical. Discussion des divers diagnostics; étude radiologique.

A. Touraine.

B. Cradojevic et D. Camba. — **Spondylite gommeuse.** *Archives serbes de médecine*, fasc. 5, mai 1947, pp. 365-370.

Les auteurs exposent un cas de spondylite syphilitique de la 4e vertèbre cervicale chez un jeune homme de 28 ans, avec un abcès froid rétropharyngien provoquant des troubles de déglutition et de phonation. Bordet-Wassermann fortement positif. Les radiographies montrent au début du traitement spécifique : destruction de la partie postérieure du corps de la 4e vertèbre cervicale et constatation d'un séquestre de la grosseur d'une dent après la fin du traitement, ainsi qu'une forte amélioration de l'état général.

Stoyanoff.

E. Freedman. — **Spondylite syphilitique** (Syphilitic spondylitis). *American Journal of Rœntgenology*, t. **49**, juin 1943, pp. 756-765.

Exposé de 3 cas personnels. Dans tous les trois, il existait une atteinte d'autres os. Dans l'un d'eux, l'autopsie a permis de confirmer le diagnostic par l'étude histologique; dans les deux autres la sérologie était positive et certaines des lésions osseuses ont guéri par le traitement spécifique.

A cette occasion, étude clinique et radiologique de la spondylite syphilitique. Les éléments du diagnostic sont : existence d'une syphilis secondaire ou tertiaire en activité, apparition à un âge où le mal de Pott devient rare, douleur locale surtout nocturne, redressement de la lordose normale, tête tenue en rectitude, gêne des mouvements, coexistence de lésions sur le sternum, la clavicule, le tibia, le radius, etc., image radiologique (souvent limitation à une vertèbre ou à trois vertèbres contiguës, destruction avec ou sans condensation ou ostéogenèse voisine, etc.), obéissance rapide au traitement spécifique.

A. Touraine.

J. Tapie et Escande. — **Ostéite syphilitique du sternum avec fracture spontanée.** *Soc. de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse*, novembre 1946.

♀ de 50 ans. Vives douleurs thoraciques à recrudescence nocturne, exagérées par l'effort. Diagnostic initial d'angine de poitrine ; en réalité ostéite nécrosante de la deuxième pièce du sternum avec fracture spontanée et périostite. Guérison assez rapide par le traitement spécifique.

A. Touraine.

P. P. Ravault, L. Berthier et J. Gallet. — **Les hydarthroses syphilitiques.** *Revue du Rhumatisme*, année **13**, n° 9, septembre 1946, pp. 271-279, pas de bibliogr.

Rapport d'un cas personnel, chez une femme de 22 ans, à début à 19 ans, atteignant les deux genoux, procédant par poussées, à sérologie positive et guérie par deux séries de novar et de sirop de Gibert.

A ce propos, revue générale de la question, selon les trois formes d'hydarthroses syphilitiques : l'une *torpide*, la plus fréquente, symétrique, indolore, prolongée, sans troubles fonctionnels; l'autre, *inflammatoire* au cours d'un rhumatisme aigu ou subaigu, à fièvre légère, irrégulière, avec arthralgies fugaces, articulations douloureuses, douleurs ostéocopes; la troisième avec *tableau de polyarthrite chronique*, symétrique, déformations en coup de vent, ankylose, gène fonctionnelle, douleurs, troubles trophiques, d'évolution lente coupée de crises.

A. Touraine.

R. Clément, A. Combes-Hamelle, A. Cornet et L. Callerot. — **Hydarthrose syphilitique du genou, bilatérale et fébrile.** *Société de Pédiatrie de Paris*, 15 février 1944, *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 3, 1944-1945, p. 122.

♂, 10 ans, hydarthrose des deux genoux, chaude, rouge, tendue, douloureuse, à liquide riche en polynucléaires, fièvre élevée. Sérologie positive ; échec du salicylate de soude, succès rapide du traitement antisyphilitique.

A. Touraine.

Einar Hollström. — **Deux types de douleurs articulaires provoquées par le traitement antispécifique** (Two types of joint complaints by antisyphilitic treatment). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 2, décembre 1945, 3 tableaux, pp. 159-168, bibliogr.

Deux observations de syphilis primaire, traitées dans les deux cas par le bismuth, puis l'arsenic, et dans lesquelles des douleurs articulaires apparurent avec fièvre au cours du traitement, et devinrent plus violentes à la mise en route du traitement arsenical, puis, dans le premier cas, à la reprise de ce traitement (première cure avec le novar et deuxième cure avec les arsenoxydes).

Dans le premier cas, simples douleurs articulaires ; dans le deuxième, douleurs et gonflement. En quelques semaines, ces symptômes s'atténuent et le traitement mixte peut être poursuivi sans nouvelles alertes.

A. Civatte.

Lucien Rouquès et J. Pautrat. — **Paralysie du grand dentelé par poliomyélite syphilitique.** *Société de Neurologie de Paris*, séance du 4 avril 1946, *in Revue Neurologique*, t. **78**, n°s 3-4, mars-avril 1946, pp. 147-148.

Les paralysies du grand dentelé sont d'une relative fréquence, mais la syphilis est rarement en cause dans leur production.

Les auteurs relatent l'observation d'un sujet de 70 ans atteint d'une paralysie du grand dentelé du côté droit survenu au cours d'une poliomyélite syphilitique.

A droite, paralysie isolée du grand dentelé, à l'exclusion des autres muscles périscapulaires ; atrophie des épicondyliens, des éminences thénar et hypothénar. A gauche, intégrité de la ceinture scapulaire et du long supinateur, atrophie des épicondyliens, des éminences thénar et hypothénar ainsi que des 1er et 2e espaces interosseux.

Pas de secousses fibrillaires ; abolition des réflexes radio et cubito-pronateurs ainsi que des stylo-radiaux des deux côtés.

Muscles du tronc et des membres inférieurs normaux ; abolition des réflexes achilléens et péronéo-fémoraux postérieurs ; signe de Babinski à gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles sphinctériens. Pas de troubles cérébelleux. Nerfs craniens normaux.

Début il y a une vingtaine d'années. Aggravation rapide, puis stabilisation avant tout traitement. Chancre syphilitique à l'âge de 22 ans. Troubles mentaux apparus à l'âge de 45 ans avec séro-réaction de Bordet-Wassermann positive. Kahn et Meinicke positifs.

Le signe du creux sus-claviculaire (disparition de la partie antérieure du creux sus-claviculaire lorsque le malade hausse les épaules), habituellement observé dans la paralysie isolée du grand dentelé, a fait ici défaut sans que cette particularité séméiologique puisse être expliquée.

LUCIEN PÉRIN.

BOSCO (Naples). — **Un cas de dermato-panniculite et de téno-myosite syphilitique chez un sujet syphilitique et au siège d'une vieille cicatrice d'ancienne gomme** (Un caso di dermato-panniculite teno-miosite luetica in soggetto luetico e insede di vecchia cicatrice da progresso gomma). *Annali italiani di Dermatologia e Sifilografia*, nº 5, mars-avril 1947, pp. 349 à 371, 9 fig.

Chez un syphilitique de 28 ans, au niveau d'une vieille cicatrice d'une gomme ancienne sur la face postérieure de la cuisse, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, est apparue une tuméfaction qui a dépassé les limites de la cicatrice et présente un diamètre de 5 × 9 cm. Cette tuméfaction est douloureuse aussi bien spontanément qu'à la pression, elle est ovalaire, en plastron avec des limites peu nettes ; en profondeur, elle s'étend jusqu'aux plans musculaires intéressant le long chef du biceps fémoral. L'auteur se basant sur les données cliniques et histologiques et après avoir discuté amplement tous les diagnostics différentiels possibles, s'oriente vers le diagnostic de dermato-panniculite et de dermato-myosite syphilitique.

BELGODÈRE.

20q. — *Syphilis du système nerveux.*

R. KIERLAND, P. O'LEARY et E. VANDOREN. — **La neurosyphilis symptomatique** (Symptomatic neurosyphilis.) *Venereal Disease Information*, t. **23**, nº 10, octobre 1942, pp. 360-377, 8 tableaux, 8 diagrammes, bibliogr.

Long et important mémoire sur les schémas de traitement, la sérologie, les données cliniques de la neurosyphilis. Nous ne pouvons qu'en résumer les conclusions basées sur l'étude de 2.019 malades (985 tabès, 374 paralysies générales, 149 tabo-paralysies générales, 177 méningites, 281 méningo-vascularites, 102 vascularites).

La sérologie du sang peut être négative alors que celle du liquide céphalo-rachidien est positive (31,2 o/o des tabès, 8,8 des paralysies générales, 14,9 des tabo-paralysies générales, 11,1 des méningites, 15,1 des méningo-vascularites, 26,0 des vascularites).

Environ un tiers des malades de chaque type de neuro-syphilis a une rechute de sa sérologie sanguine durant ou après le traitement. Le pourcentage est particulièrement élevé dans la paralysie générale (77,6) et bas dans la méningite (18,5).

L'expérience montre que plus haut est le degré de positivité du liquide céphalo-rachidien plus grande sera la difficulté d'en obtenir le retour à la normale.

Le pourcentage des patients dont le liquide céphalo-rachidien rechute après le traitement varie de 11 dans la méningite à 24 dans le tabès.

Le liquide céphalo-rachidien reste positif après le traitement dans 34 o/o des tabès, 65,3 des paralysies générales, 51,5, des tabo-paralysies générales, 22,4 des méningites, 25,8 des méningo-vascularites, 31,5 des vascularites.

La plus grande résistance au traitement du liquide céphalo-rachidien des paralysies générales et des tabo-paralysies générales n'est pas liée à la plus grande fréquence d'altérations légères du liquide dans ces deux types.

Le plus grand pourcentage de belles améliorations se voit dans les méningites (74,4) ; il est de 21 dans le tabès, de 35,9 dans la paralysie générale, de 23,1 dans

le tabo-paralysie générale, de 44,6 dans la méningo-vascularite, de 24,5 dans la vascularite.

Une grande amélioration est d'autant plus fréquente que le liquide céphalo-rachidien revient plus nettement vers la négative au lieu de rester positif ; la tabo-paralysie générale fait seule exception à cette règle.

Le traitement intrarachidien apparaît comme le plus efficace pour améliorer le liquide céphalo-rachidien. Trois méthodes sont utilisables : méthode de Swift-Ellis (injection de 10 à 25 centimètres cubes de sérum du sang prélevé 20 minutes après une injection de novar), méthode de Swift-Ellis-Ogilvie (on ajoute 0 mgr. 2 à 0 mgr. 5 de novar au sérum précédent), méthode de Ravaut (injection directe de 0 cm³ 1 d'une solution de novar à 0 gr. 1 dans 40 centimètres cubes d'eau).

Une syphilis cardio-vasculaire associée est plus fréquente dans les vascularites et les méningo-vascularites que dans les autres types de syphilis nerveuse.

A. Touraine.

C. Bernstein et S. Klotz (Orlando, Floride). — **La neurosyphilis vue par le médecin de médecine générale** (Neurosyphilis as seen by the internist). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 200-203, très courte bibliogr.

La syphilis nerveuse peut s'annoncer par des troubles qui relèvent de la médecine générale et qui ne sont rattachés à la syphilis que si l'on y pense. L'auteur en donne quatre exemples : 1° fatigue, légère désorientation ; 2° insomnie, irritabilité ; 3° dysurie, vue brouillée ; 4° irritabilité progressive.

A. Touraine.

J. McCartney (U. S. A.). — **Pourquoi la syphilis nerveuse est rare sous les tropiques ?** (Why is neurosyphilis uncommon in the tropics ?). *The Military Surgeon*, juillet 1946, d'après *The Urologis and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 7, juillet 1946, p. 428.

Une explication en est souvent donnée : le paludisme, utilisé contre la paralysie générale, est très répandu dans ces régions, c'est lui qui neutralise la syphilis nerveuse. L'auteur suggère une autre hypothèse : le pian ne donne jamais de complications nerveuses ; son agent le *Treponema pertenue* n'envahit pas le système nerveux ; or, le pian défend contre la syphilis sur laquelle il « prévaut ». Les îles Marshall, riches en pian, ont vu la syphilis se développer largement depuis l'occupation américaine et, cependant, on n'y a jamais constaté de syphilis nerveuse.

A. Touraine.

M. Greenblatt et S. Levin. — **Les facteurs affectant l'électroencéphalogramme dans la syphilis nerveuse** (Factors affecting the electroencephalogramme of patients with neurosyphilis). *American Journal of Psychiatry*, t. **102**, 1945, p. 40.

Les auteurs constatent des anomalies de l'électroencéphalogramme chez 50 o/o de 233 cas de neurosyphilis (60 o/o dans la méningo-vascularite, 55 dans la paralysie générale, 44 dans l'atrophie primitive du nerf optique, 14 dans le tabès), contre 10 o/o chez les témoins.

Des crises convulsives avaient été notées chez 20 o/o des neuro-syphilis, particulièrement dans la méningo-vascularite et la paralysie générale, c'est-à-dire dans les cas où les anomalies de l'électroencéphalogramme sont plus nombreuses. Les tremblements, la dysarthrie augmentent la fréquence de ces anomalies. Les altérations du liquide céphalo-rachidien ne montrent pas d'influence nette, pas plus que les troubles pupillaires ou les hallucinations.

A. Touraine.

M. Greenblatt et S. Lewin. — **Neurosyphilis, convulsions et encéphalographie** (Neurosyphilis, convulsions and electroencephalography). *The Urologic and Cutaneous Review*, 1 June 1946, n° 6, courte bibliographie américaine.

Greenblatt et Lewin examinant 223 malades atteints de neurosyphilis (paralysie générale, syphilis cérébrale, tabès, atrophie optique) trouvent 44 malades, soit 19,7 o/o qui ont des crises convulsives, uniquement parmi ceux qui sont atteints de paralysie générale ou de syphilis cérébrale. Il s'agit le plus souvent d'épilepsie généralisée (27 cas), plus rarement d'épilepsie B. J. (6 cas), exceptionnellement de formes psychomotrices (2 cas), ou de formes atypiques (9 cas).

Près de la moitié de ces malades ont des anomalies encéphalographiques (112 cas sur 223) qui vont de la plus petite déviation du tracé, aux tracés très profondément perturbés. Il y a en général, concordance entre les anomalies encéphalographiques, et les signes cliniques. Les anomalies les plus marquées se rencontrent dans la paralysie générale et dans la syphilis cérébrale, alors qu'elles sont discrètes dans l'atrophie optique et manquent dans le tabès.

Les anomalies les plus marquées de l'E. E. G. se voient chez les malades ayant du tremblement, de la dysarthrie, des troubles sensoriels, mais surtout chez ceux ayant des crises convulsives; si bien que la constatation d'un E. E. G. très perturbé doit faire soupçonner la possibilité de crises convulsives dans les antécédents. 60 o/o des malades atteints de neurosyphilis, mais n'ayant jamais eu de crises convulsives, ont un E. E. G. normal, alors que le chiffre tombe à 9 o/o chez ceux ayant eu des crises. Les modifications les plus fréquentes sont caractérisées par un ralentissement des ondes de l'E. E. G. L'âge intervient dans les anomalies des tracés. C'est ainsi que les anomalies sont relativement plus marquées chez les sujets jeunes. Sous l'action du traitement on constate des modifications de l'E. E. G. qui peut revenir à la normale (Bennett et Finley) : observation de Rheinberger et Siris dans un cas de gomme cérébrale (1941), observations de Scott montrant que presque toutes les anomalies diminuaient sous l'action du traitement par la pénicilline. S'il y a souvent des exceptions à cette règle générale, parallélisme entre l'amélioration clinique et celle des tracés, tracés normaux avec persistance des signes cliniques, ceci peut être dû à des lésions résiduelles ou cicatricielles qui n'influencent plus les tracés, mais qui laissent le malade diminué mentalement.

O. Delzant.

S. Scherlis et Ch. M. Caravati. — **Neurosyphilis chez les jeunes. Analyse des constatations cliniques, des recherches du laboratoire et de l'impaludation** (Neurosyphilis in younger age groups. An analysis of clinical findings, laboratory studies, and malariatherapy). *The American Journal of Syphilis*, t. **30**, n° 4, p. 330.

1° Des 128 malades atteints de neurosyphilis au Woodrow Wilson General Hospital, 90,7 o/o étant âgés de 20 à 40 ans quand le diagnostic fut posé. Un seul avait moins de 20 ans et 1 au-dessus de 50 ans. Cette série est plus jeune que la plupart des cas publiés.

2° 66 seulement (51,6 o/o) retrouvent dans l'anamnèse un chancre ou une éruption secondaire de façon certaine.

3° C'est la ponction lombaire systématique qui fit découvrir la neurosyphilis dans 108 cas (84 o/o) tandis que dans les 20 autres cas les malades étaient venus consulter directement.

4° Sur 69 cas avec anamnèse certaine, 26 avaient eu la syphilis moins de 2 ans auparavant et 13 de 2 à 5 ans avant que le diagnostic de neurosyphilis fût posé.

5° Sur les 128 cas, 7 avaient les deux réactions sanguines de Kahn et de Wassermann négatives, mais ils avaient subi au moins un traitement antispécifique.

6° Sur 75 malades, 61 (81,3 o/o) avaient des anomalies oculaires et, sur ceux-ci,

94,6 des papilles anormales. La fréquence des anomalies oculaires augmentait avec la durée de la syphilis.

7° Anomalies oculaires et de la ponctoin lombaire se retrouvaient souvent quand la durée de la syphilis n'était que de peu d'années.

8° La malariathérapie fut pratiquée par le *P. malariæ* chez le noir et le *P. vivax* chez le blanc. 10 accès, sauf complications, des réinoculations furent nécessaires pour obtenir le nombre d'heures nécessaires à 40°.

9° Aucune complication importante par la pyrétothérapie. Anémie légère le plus souvent. Souvent accentuation des douleurs tabétiques. Fortes épistaxis dans 3 cas, jaunisse dans 1, et deux fois de l'œdème généralisé; ces deux derniers malades avaient un gros foie et des troubles du pourcentage de leur sérum-protéine.

10° La période d'observation après traitement fut trop courte pour évaluer les effets du traitement. M. MANSOUR.

H. MERRITT. — **Neurosyphilis asymptomatique** (Asymptomatic neurosyphilis). *Clinics*, t. **4**, 1945, p. 475.

Elle existe, d'après l'auteur, chez 9,5 o/o des 2.263 syphilitiques dont la maladie a plus de 5 ans. Analysant 676 cas de neurosyphilis de tous types, l'auteur constate que l'asymptomatique constitue 32 o/o du total. Sur 200 cas de neurosyphilis asymptomatique on compte 110 hommes et 90 femmes, dont la majorité âgés de 30 à 60 ans. 2 o/o seulement de ces malades ont une sérologie sanguine négative. Environ 50 de ces 200 malades présentaient des altérations importantes du liquide céphalo-rachidien (réaction à l'or colloïdal dans la première zone, forte réaction de Wassermann). 8 o/o d'entre eux ont montré, par la suite, des signes cliniques de neurosyphilis.

Le traitement habituel a été : arsenicaux trivalents suivis de tryparsamide et, dans les cas résistants, de pyrétothérapie. A. TOURAINE.

R. D. HAHN et E. G. CLARK (Baltimore). — **La neurosyphilis asymptomatique. Revue de la littérature** (Asymptomatic Neurosyphilis : A review of the Litterature). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea, and Venereal Diseases*, vol. **30**, n° 5, July 1946, p. 305.

Revue de la littérature concernant la neurosyphilis asymptomatique. Les lacunes dans les études consultées sont si nombreuses qu'elles altèrent leur valeur quant au pronostic et à la thérapeutique. M. MANSOUR.

R. HAHN (Baltimore) et G. CLARK (Saint-Louis). — **Pronostic de la neurosyphilis asymptomatique** (Asymptomatic neurosyphilis : prognosis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 6, novembre 1946, pp. 513-548, 16 tabl., 9 diagrammes, très courte bibliogr. (Une revue de la littérature a été faite dans le même journal, t. **30**, 1946, p. 305).

Étude d'après 1.800 malades dont 533 avec au moins deux examens du liquide céphalo-rachidien et 467 avec au moins deux examens cliniques. N'ont été retenus que les liquides renfermant plus de 5 cellules, à albumine supérieure à 0 gr. 37, Pandy positif, mastic-précipitation de 3 et plus, Wassermann positif. La durée de l'observation a été de 6 mois à 2 ans dans 50 o/o des cas, 3 à 4 ans dans 22, 5 à 9 ans dans 18, plus de 10 ans dans 10 o/o.

Voici les conclusions de cet important travail, très riche en documents :

1° La race et le sexe n'ont que très peu d'importance pour le pronostic.

2° Le pronostic des 10 premières années d'observation est d'autant plus favorable que le malade est jeune et l'infection récente; mais ce délai est insuffisant pour juger du pronostic définitif.

3° Plus le premier examen du liquide est anormal, moins est favorable le pronostic.

4° La différenciation de l'évolution devient d'autant plus facile que le délai d'observation se prolonge. Certains malades ont ainsi le temps d'avoir un liquide normal; ils auront peu de signes cliniques. D'autres n'acquièrent pas un liquide normal; chez eux la neurosyphilis clinique sera plus fréquente. L'aggravation des anomalies du liquide est un élément de pronostic plus grave.

5° Le pronostic reste quelquefois favorable malgré que le traitement ait été complètement inefficace.

6° Un même traitement standard par l'arsenic trivalent et le bismuth n'a pas toujours les mêmes résultats.

7° Il ne semble pas que la tryparsamide ajoute quelque activité au traitement de la neuro-syphilis asymptomatique.

8° La pyrétothérapie (ici l'impaludation) constitue le traitement le plus efficace, ainsi qu'il ressort de son action dans les cas les plus résistants.

Toutes ces conclusions s'appuient sur l'analyse détaillée de nombreux cas, illustrés par de clairs diagrammes. A. TOURAINE.

L. ALEXANDER, E. FOX et A. SCHOCH. — **La ponction sous-occipitale. Rapport favorable basé sur plus de 6000 ponctions.** (Cisternal puncture : A favorable rapport based on over six thousand punctures). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, novembre 1942, pp. 725-727.

En 10 ans, les auteurs ont pratiqué 6.123 ponctions sous-occipitales tant en clinique qu'en pratique de clientèle. Ils ne peuvent pas être d'accord avec ceux qui considèrent que la méthode est trop dangereuse pour la pratique courante. Comme pour toute manœuvre technique, elle dépend de l'expérience, du jugement et de l'habileté manuelle de l'opérateur.

Les contre-indications sont les mêmes que pour la ponction lombaire. Il est important de placer le sujet en bonne position; les auteurs recommandent la position inclinée.

Les quelques réactions qui peuvent suivre la ponction sont bénignes. Peu de patients éprouvent quelque céphalée, aucun assez pour prendre le lit. Tous reprennent aussitôt leur activité et ceux qui ont subi une ponction lombaire et une sous-occipitale ne manquent pas de préférer cette dernière. Aussi obtient-on facilement de la renouveler 2, 3 et même 4 et 5 fois (50 chez un malade de Fox).

L'importance économique de cette méthode est grande puisqu'elle n'immobilise pas le sujet.

Les risques sont très faibles, il faut cependant signaler la possibilité d'anomalies anatomiques ou artérielles et de la piqûre du bulbe. [Ces risques sont supprimés par l'emploi de la méthode dite de ponction haute. Voir, à ce propos, TOURAINE, *Presse Médicale*, 30 mai 1934, p. 883. *An.*].

A. TOURAINE.

J. QUÉRANGAL DES ESSARTS, J. FAUCONNIER et P. MORAND. — **Sur une mise au point technique de la réaction du benjoin colloïdal.** *Revue de Médecine Navale*, t. **1**, n° 1, 1946, pp. 83-86.

Bon exposé, mais sans notion nouvelle, de la technique de cette réaction.

A. TOURAINE.

C. LANGE. — **Technique et interprétation systématique du rapport sérine-globuline dans les liquides céphalo-rachidiens** (The technique and systematic interpretation of the albumine-globulin ratio in cerebro-spinal fluids). *Journ. of Labor. and Clin. Medic.*, t. **31**, 1946, p. 552.

On a soutenu que la détermination du rapport sérine-globuline pouvait remplacer les tests colloïdaux. Les méthodes proposées pour déterminer ce rapport

sont toutes basées sur la précipitation par une solution saturée à 50 o/o de sulfate d'ammoniaque.

Le fait n'est exact que si la concentration en protéines est beaucoup plus élevée que dans les liquides normaux. On a des mécomptes si cette concentration est relativement peu forte, comme c'est le cas habituel dans la neurosyphilis. Des dosages par électrophorèse nécessitent de trop grandes quantités de liquide. Lange préfère et décrit une méthode de dosage par l'alcool méthylique.

A. Touraine.

Cl. Shaw. — **Neurosyphilis et syphilis tardive de la peau, des muqueuses et des os** (Neurosyphilis and late syphilis of skin, mucosis membranes and bones). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **42**, septembre 1940, p. 456.

Sur 70 syphilitiques anciens atteints de lésions cutanéo-muqueuses ou osseuses, le liquide céphalo-rachidien a montré des altérations dans 15 cas (21,4 o/o). 7 d'entre eux présentaient des symptômes de neuro-syphilis et 8 n'en présentaient pas.

Il semble donc qu'il n'existe pas cette opposition dont il a été maintes fois question entre la syphilis nerveuse et les autres manifestations tardives de la syphilis. Shaw admettait déjà qu'un tiers à un dixième des sujets atteints de syphilides cutanéo-muqueuses ou osseuses présentaient en même temps une atteinte du névraxe. L'examen du liquide céphalo-rachidien reste donc indiqué même dans les formes cutanées bénignes de la syphilis.

A. Touraine.

H. Ey et A. Charlin. — **Etiologie et pathogénie de la paralysie générale.** *La France Médicale*, année **9**, n° 5, mai 1946, pp. 3-9, pas de bibliogr.

Longue et importante revue générale abondamment documentée sur les chapitres suivants :

Débat sur l'étiologie syphilitique. — Rappel des travaux de Fournier depuis 1879 et de ses arguments en faveur de cette origine; découverte du tréponème dans le cerveau des paralysies générales par Noguchi (1913); problèmes restant à éclaircir des pseudo-paralysies générales (par intoxications, traumatismes, tumeurs), des paralysies générales à réactions humorales négatives (Ravaut, Marchand, etc.).

Autres facteurs étiologiques. — *Age* du malade et de la maladie; la durée d'incubation de la paralysie générale est d'autant plus courte que l'infection a été plus tardive (v. Meggendorfer, Sézary). *Sexe* : plus grande fréquence chez l'homme. *Profession* : rôle du surmenage intellectuel, des chocs moraux (négligeables pour Sézary et Barbé)). *Race* : sans intérêt pour Mareschal, Roger, Parot (1943). *Siège de l'inoculation* : souvent céphalique pour Jeanselme. *Génétique et prédispositions héréditaires* : rappel des opinions anciennes sur l'hérédité neuropathique ou mentale (Marcie, Ball, Joffroy, etc.), étude des travaux allemands (Luxemburger, Panse, Meggendorfer, Troeger, 1936) sur la relative fréquence des troubles neurologiques ou psychiques dans les familles de paralysie générale. *Maladies antérieures* : rôle du paludisme, de l'alcool (Magnan), des traumatismes (Régis et Verger, 1913, Mazel, 1934). *Influence du traitement* initial de la syphilis; en général, traitement nul ou insuffisant (Roger 1939); pour Sézary, l'incubation de la paralysie générale est d'autant plus courte que le traitement a été plus important, tout en restant insuffisant, surtout s'il a été purement arsenical.

Pathogénie. — *Mode de pénétration du tréponème* : par les méninges (Cl. Vincent, 1910, Ravaut, Gennerich), par le parenchyme (Sicard, Sézary). *Longue durée de l'incubation* grâce à l'absence d'anticorps dans le cerveau (Steiner), à l'évolution du virus (Levaditi), du granule spirochétogène (Mollinedo). *Causes du déclenchement du processus spécial de la paralysie générale* : Théorie dualiste du virus (Nonne, Levaditi et Marie) et ses objections (Sicard, Ravaut, Sézary); nature du

terrain (théorie anallergique de Dujardin; recherches de Degos sur la négativité des luotests dans la paralysie générale; allergie tissulaire de Morhardt; théorie de l'encéphalite spéciale, sans l'immunité particulière aux autres tissus, de Sézary).

A. Touraine.

P. Chatagnon (Paris). — **L'infection syphilitique et ses manifestations nerveuses. Les syndromes mentaux prémonitoires de la paralysie générale progressive.** *Le Bulletin médical*, t. **61**, n° 29, 11 octobre 1947, pp. 409-410.

A l'occasion de 5 observations (4 de mélancolie, 1 de persécution), l'auteur insiste sur les modifications mentales précoces (1 à 3 ans après le chancre) qui précèdent souvent de loin (jusqu'à 13 et 15 ans) les manifestations organiques de la paralysie générale. Ces modifications paraissent survenir plus particulièrement dans les syphilis à manifestations cutanéo-muqueuses légères et, de ce fait, souvent méconnues et mal traitées. Elles sont cependant importantes à reconnaître car elles obéissent bien au traitement antisyphilitique alors que les manifestations organiques sont habituellement rebelles. Un traitement initial bien conduit, prolongé, peut alors éviter l'évolution ultérieure d'une paralysie générale.

A. Touraine.

C. Pierson. — **Le diamant et la couronne (à propos d'une période de latence exceptionnellement longue chez un paralytique général non traité).** *Maroc médical*, année **25**, n° 259, avril-mai 1946, pp. 45-46.

Après deux brefs exemples, l'auteur en publie un troisième, plus en détail, de paralysie générale se manifestant par un acte anormal isolé longtemps avant l'apparition d'autres troubles qui permettent enfin de dépister la maladie. Il s'agit ici d'un homme de 43 ans qui se fit, en 1930-1931, recouvrir les incisives d'or, de platine et de diamant, malgré une situation sociale précaire et instable. Ce n'est que 15 ans plus tard qu'apparurent les premiers autres signes de paralysie générale; la syphilis avait été méconnue et non soignée.

A. Touraine.

M. Leconte et A. Damey. — **Méconnaissance prolongée de la syphilis nerveuse devant un tableau oligophrénique.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, n° 4, 28 janvier 1947, pp. 186-188, 1 fig., bibliogr. personnelle.

Un homme de 62 ans meurt d'ictus cérébral qui termine une forte arriération mentale (âge mental de 8 ou 9 ans aux tests de Binet et Simon) datant de 34 ans. Pendant 23 ans d'internement dans 7 établissements différents, jamais la nature syphilitique de ces troubles n'a été envisagée malgré que, peu avant la mort, une ponction lombaire, enfin pratiquée, ait donné un Wassermann et un benjoin positifs (cellules : 0,1 albumine : 0,35 ; sucre : 0,78).

A. Touraine.

Hamel, P. Michon et Scherdel. — **Parkinsonisme et troubles mentaux chez un syphilitique traumatisé.** *Revue médicale de Nancy*, t. **72**, 1er-15 juillet 1947, pp. 220-222.

Homme de 38 ans ; à 25 ans, chancre soigné pendant un an ; à 26 ans, fracture traumatique du bassin ; à 37 ans, tableau parkinsonien sans réaction méningée, aortite, inégalité pupillaire. Les auteurs pensent que la syphilis a fragilisé le terrain cérébral.

A. Touraine.

J. Ewalt et F. Ebaugh. — **Le traitement de la paralysie générale. Etude comparative, pendant 5 ans, de la pyrétothérapie et de l'impaludation** (Treatment of dementia paralytica. A five year comparative study of artificial fever therapy and therapeutic malaria in 232 cas). *The Journal of the American Medical Association*, t. **116**, 31 mai 1941, pp. 2474-2477.

Chaque malade, après pyrétothérapie ou impaludation (utilisées alternativement au hasard des admissions) était traité par tryparsamide, novar et bismuth. Une rémission ou amélioration a été obtenue chez 69 o/o des malades soumis à la pyré-

tothérapie (10 séances de 5 heures les trois premières années, 12 séances de 3 heures les 2 années suivantes) et chez 68 o/o des impaludés. Le nombre des rechutes a été sensiblement le même. A. TOURAINE.

P. TOMLINSON. — **Insuline et électrothérapie dans la paralysie générale** (Insulin and electric therapy in general paresis). *Psychiatric Quarterly* (U. S. A.), t. **18**, juillet 1944, pp. 413-421.

Sur 18 paralysies générales 13 ont été traités par l'insuline (15 unités puis augmentation chaque jour de 5 unités jusqu'à menace de coma insulinique, et maintien à cette dose pendant 9 à 160 jours selon les cas; la dose quotidienne moyenne atteinte a été de 42 U., variant de 20 à 65,5 par le choc électrique (en moyenne 7 séances), 2 par les deux méthodes à la fois.

10 paralysies générales de type catatonique ou maniaque ont été très améliorées par l'une ou l'autre méthode. Sur 4 paralysies générales paranoïdes, 1 seule amélioration. Sur 4 avec dégénérescence généralisée, aucune amélioration (3 par insuline, 1 par choc). A. TOURAINE.

Lucien ROUQUÈS et J. PAUTRAT. — **Persistance prolongée des réflexes tendineux au cours d'un grand tabès ataxique.** *Société de Neurologie*, séance du 7 février 1946, *in Revue Neurologique*, t. **78**, nos 1-2, janvier-février 1946, pp. 43-44.

Homme de 71 ans. Chancre de la verge à 18 ans. Douleurs fulgurantes, paresthésies des membres inférieurs et troubles de la marche à l'âge de 56 ans. Actuellement grand tabès ataxique avec signe de Romberg, incoordination et hyperextensibilité des membres inférieurs, douleurs fulgurantes, hypoesthésie à la piqûre et au froid, abolition de la sensibilité vibratoire, impuissance génitale complète, pupilles déformées, inégales, avec signe d'Argyll-Robertson. Séro-réaction de Bordet-Wassermann positive en 1933, négative depuis 1941.

En dépit de ces signes orientant indiscutablement vers le diagnostic de tabès, tous les réflexes tendineux, y compris les médio-plantaires et les péronéo-fémoraux postérieurs, sont conservés. Cette persistance des réflexes tendineux, vérifiée par des examens répétés, est d'autant plus anormale qu'il s'agit de lésions anciennes ayant débuté 15 ans plus tôt et atteignant la région dorsale ainsi que le démontrent les troubles des sensibilités douloureuse et vibratoire.

La question est de savoir si l'on se trouve ici en présence d'un tabès véritable avec conservation prolongée des réflexes tendineux ou d'une autre forme de syphilis médullaire. L'atteinte des cordons postérieurs est évidente dans ce cas, mais rien ne permet d'affirmer celle des racines postérieures qui est habituelle dans le tabès. Il est à noter qu'un examen pratiqué en décembre 1945 a montré pour la première fois l'abolition des péronéo-fémoraux postérieurs et la diminution des médio-plantaires, comme si une sclérose jusqu'alors latente des racines postérieures avait fini par atteindre le degré voulu pour interrompre l'arc réflexe. Cette éventualité s'est produite malgré l'institution d'un traitement bismuthique suivi régulièrement depuis 3 ans.

Quelle que soit la pathogénie invoquée pour expliquer cette conservation prolongée des réflexes, le fait est assez rare pour mériter d'être rapporté.

LUCIEN PÉRIN.

L. LANGERON. — **Aortite et méningite chronique syphilitiques. Conflit thérapeutique terminal.** *Soc. médicale et anatomo-clinique de Lille*, 11 décembre 1945.

Malgré un traitement mercuriel puis bismuthique une aortite syphilitique se complique de méningite chronique et de signes de la série tabétique. Échec du stovarsol, seul ou associé à diverses pyrétothérapies. En quelques jours, surdité, puis cécité totale, anurie rapide, paralysie, mort. La question posée par un tel cas de syphilis viscérale maligne est le choix du médicament, sans que celui-ci soit inefficace ou même dangereux. A. TOURAINE.

A. PONS. — **Présentation d'un cas de mal perforant plantaire avec artériographie** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 177-179.

Observation d'un tabétique avéré avec un mal perforant plantaire du gros orteil gauche qui s'infecte et se gangrène. Après l'ablation de l'orteil, une artériogra-

phie révèle une oblitération brutale de la fémorale un peu en dessous de l'arcade de Hunter. A ce niveau, les artères articulaires sont flexueuses et ramifiées; plus bas, il n'existe plus qu'une circulation par collatérales très insuffisante. L'A. en conclut que le mal perforant plantaire chez le tabétique n'est que le témoignage d'une endartérite diffuse, témoignage localisé parce qu'à cet endroit les traumatismes répétés et le manque de défense organique dû à l'anesthésie de cette région, rendent impossibles la conservation et la restitution *ad integrum* des tissus.

LOUIS VISSIAN.

S. GUTTMANN et A. WOLF. — **Syndrome médullaire transverse après injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie pour crise tabétique** (Spinal cord level syndrome following intratechal administration of magnesium sulfate for tabetic crises). *Archives of Neurology and Psychiatry*, t. **52**, août 1944, pp. 135-139.

Un ouvrier de 53 ans est soigné en 1939 pour une première crise tabétique. En septembre 1942, ponction lombaire et injection de sulfate de magnésie pour une deuxième crise qui n'est d'ailleurs pas influencée. Quelques heures après une nouvelle injection, le 10 février 1943, pour une troisième crise, collapsus vasculaire périphérique, fièvre très élevée, douleurs vives dans les membres inférieurs, paraplégie, confusion mentale. Mort en 5 mois. Pas de lésions macroscopiques de la moelle mais dégénérescence marginale de la substance blanche, gliose et foyers de nécrose dans la substance grise. Foyers de dégénérescence dans les racines, à ce niveau.

A. TOURAINE.

B. SAAD (Beyrouth). — **Crises fulgurantes du tabès et paludisme.** *Communications et causeries médicales*, Beyrouth, Neo, édit., 1946, pp. 19-24.

♂ de 42 ans, syphilis de 7 ans ; tabès classique avec douleurs fulgurantes ; grande amélioration après 2 ans de traitement. Paludisme spontané à l'occasion des accès fébriles duquel les douleurs fulgurantes reparaissent chaque fois.

A. TOURAINE.

J. DEREUX, J. DURIEZ et G. MOREL. — **Ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques.** *Soc. médicale et anatomo-clinique de Lille*, 27 novembre 1945.

A l'occasion d'un cas antérieur et de deux nouveaux, étude générale de cette localisation qui, tout en étant aussi fréquente que les autres ostéo-arthropathies, reste souvent méconnue en raison de sa latence habituelle (rachis parfois souple, indolore, tardivement déformé).

Sur les clichés on constate d'abord une décalcification puis, rapidement, un tassement, une subluxation des corps vertébraux, parfois un effacement et même une disparition des disques intervertébraux, des jetées ostéophytiques.

A. TOURAINE.

A. STEINDLER, L. WILLIAMS et J. PUIG-GURI. — **Les arthropathies tabétiques** (Tabetic artropathys). *Urologic and Cutaneous Review*, t. **46**, octobre 1942, pp. 633-649.

Revue de la littérature, puis analyse de 134 cas personnels réunissant 214 arthropathies, toutes dues au tabès, sauf une ou deux. Sérologie positive dans 61,3 o/o sur 106 cas. Signe de Romberg dans 82,2 o/o sur 62 cas. Signe d'Argyll-Robertson dans 80 o/o sur 99 cas. Abolition des réflexes rotuliens dans 82,1 o/o sur 112 cas. Douleurs en éclairs dans 22 o/o. Paresthésies ou engourdissements des jambes dans 7,3 o/o.

79,1 o/o étaient des hommes. L'âge a varié de 17 à 82 ans. Début après fracture dans 28 cas, après traumatisme dans 31. Dans tous les autres cas, le début a été progressif. Le délai entre l'infection et l'arthropathie a varié de 5 à 40 ans (20 ans et plus dans 24 cas). Lésions symétriques dans 23 cas sur 134 (17 o/o). Hydarthrose dans 76 o/o, douleurs dans 35 o/o. Hypermobilité excessive assez rare. Sur 33 fractures, 26 ont été spontanées. Sur 109 atteintes des genoux, 17,4 o/o étaient avec *genu varum*, 13 avec *genu valgum*, 5,8 avec *genu recurvatum* ; sur 38 attein-

tes des chevilles 10,5 o/o étaient avec pied en varus et 5,2 en valgus. Atteinte du rachis dans 14 cas, tous avec cyphose et scoliose. 3 localisations au coude, 2 aux épaules, 33 au bassin. Infection secondaire avec ulcération dans 10 cas.

Un traitement conservateur, avec appareil, a donné de bons résultats dans 60 o/o de 20 localisations à la hanche et dans 86 o/o de 89 localisations au genou. A. TOURAINE.

M. POMERANZ et A. ROTHBERG. — **Revue de 58 cas d'arthropathies tabétiques** (A review of 58 cases of tabetic arthropathy). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **25**, janvier 1941, pp. 103-119.

Début habituel entre 40 et 60 ans. Sur 58 cas, 42 hommes (début moyen à 43 ans) et 16 femmes (début moyen à 51 ans).

Localisations : genoux 30 cas (38,5 o/o), hanches 14 (18 o/o), tarses 15 (19 o/o), chevilles 6, rachis 5, orteils 3, épaules 3, bassin 2. Atteinte de plusieurs articulations dans 12 cas.

La radiographie est le meilleur élément de diagnostic ; elle permet souvent, à elle seule, de dépister des cas méconnus.

La sérologie sanguine a été positive dans 48 o/o et le liquide rachidien anormal dans 43 o/o.

21 interventions chirurgicales ont été pratiquées, 2 seulement ont donné des résultats satisfaisants. A. TOURAINE.

BONNEL et TÉRRAB (Mogador). — **Ostéo-arthropathie vertébrale tabétique.** *Maroc Médical*, année **25**, n° 260, juin-juillet 1946, p. 98.

Musulman d'environ 40 ans. Depuis 3 mois cyphose lombo-sacrée de L4-L5-S1, sans douleur ni troubles fonctionnels. Ataxie, arréflexie tendineuse, signes de Romberg, d'Argyll-Robertson. Lymphocytose rachidienne.

A. TOURAINE.

R. RAYNAUD et J. R. D'ESHOUGUES. — **Arthropathie tabétique chez un indigène algérien** *Soc. médic. hôpitaux d'Alger*, 15 janvier 1946, *L'Algérie médicale*, 1946, n° 1, janvier-février, pp. 61-64.

♂, 48 ans, monstreuse arthropathie du genou droit depuis 2 ans avec tabès net.

C'est la 11e observation de tabès chez l'indigène musulman dont 5 avec arthropathie. Celle-ci n'est donc pas rare dans cette race.

Porot revient sur la fréquence progressive de la paralysie générale chez l'indigène. A. TOURAINE.

M. HISSARD et Mlle RIBY. — **Labyrinthite au cours d'un tabès insipiens rebelle au traitement antisyphilitique guérie par l'impaludation.** *Gazette Médicale de France*, t. **53**, n° 17, 1er numéro de septembre 1946, pp. 475-476.

Les auteurs rapportent l'observation suivante : chez une femme de 37 ans après le décès en bas âge de ses 9 enfants, découverte d'une syphilis sérologique ; traitement insuffisant et irrégulier du fait des circonstances pendant trois ans durant lesquels apparaît un tabès marqué par des crises gastriques, des douleurs fulgurantes et l'abolition d'un achilléen puis une labyrinthite marquée par des vertiges et vérifiée par les épreuves labyrinthiques. A ce moment, ponction lombaire normale et impaludation pratiquée. Dès la fin des accès, disparition des vertiges et après 2 ans et demi pendant lesquels on a fait un traitement d'entretien guérison maintenue, l'abolition d'un achilléen persistant seule.

Observation faisant partie d'une série de publications des mêmes auteurs dans le même journal sur les résultats de l'impaludation en dehors de la paralysie générale et notamment dans la syphilis oculaire. M. GUÉNIOT.

P. Bonnet et J. L. Bonnet. — **Les manifestations oculaires dans la syphilis des centres nerveux.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **28**, n° 658, 5 juin 1947, pp. 409-431.

Long article d'une très grande clarté. Exposée par des ophtalmologistes, cette mise au point, bien complète, est d'un grand intérêt pour le syphiligraphe.

Jean Lacassagne.

E. Assinder. — **La syphilis en ophtalmologie** (Syphilis in ophtalmology). *British Journal of Ophtalmology*, t. **26**, janvier 1942, pp. 1-23.

En 15 ans, à Birmingham, sur 6.839 affections oculaires suspectées de syphilis, 1.015 ont eu une sérologie plus ou moins positive. Les chiffres annuels sont en régression constante depuis 1928. Il s'agissait de 19 gommes de l'orbite, 17 sclérites, 553 kératites, 96 iritis, 87 chorio-rétinites, 74 atrophies optiques, 19 névrites optiques, 119 paralysies oculaires, 31 divers

Les accidents gommeux les plus fréquents consistent en une infiltration, souvent avec ulcération, dans ou près du sac lacrymal. Pas une sclérite n'a été ulcéreuse. Toutes les kératites ont été du type interstitiel diffus ; 97 o/o d'entre elles étaient congénitales, 14 o/o d'entre elles, seulement, avaient une sérologie négative (du fait d'un traitement antérieur). Des kératites, 43 o/o étaient unilatérales et 65 o/o s'accompagnaient d'autres stigmates d'origine syphilitique (surdité dans 10 o/o) ; suivies pendant 10 à 15 ans, 8 o/o d'entre elles ont laissé une opacité permanente et 37 un brouillard. Sur 96 cas d'iritis, 15 seulement coexistaient avec une syphilis en activité clinique. Choroïdite et rétinite vont souvent avec kératite interstitielle ; la plupart de leurs cas sont congénitaux. Atrophie optique, névrite optique et paralysies oculaires s'accompagnent habituellement de vascularite qui, à la rétine, entraîne épaississement puis atrophie des cellules nerveuses de celle-ci.

A. Touraine.

R. J. Buxton. — **Un cas d'iridocyclite syphilitique secondaire** (A case of secondary syphilitic iridocyclitis). *British Medical Journal*, 31 août 1946, p. 299.

D'après une statistique de Duke-Elder portant sur dix mille cas, le pourcentage des iridocyclites secondaires est de quatre et demi, l'auteur public le premier cas observé par lui après trois ans et demi de pratique militaire.

Le malade consulte le 21 novembre 1946 pour une inflammation oculaire datant de deux semaines. On lui trouve une légère iridocyclite bilatérale avec kératite ponctuée, un fin réseau capillaire sur les iris et une synéchie postérieure de l'œil gauche seulement. L'examen général révèle une syphilis secondaire floride. Kahn positif. Pendant 1 jour, 10.000 unités de pénicilline toutes les 3 heures, puis 40.000 toutes les 3 heures pendant 7 jours 1/2 et une injection quotidienne dl mapharsen pendant 15 jours ; seules séquelles : quelques points pigmentés de kératite ponctuée, une synéchie postérieure.

M. Mansour.

J. Guyton et A. Woods. — **Etiologie de l'irido-choroïdite. Etude clinique de 562 cas** (Etiology of uveitis. A clinical studt of 562 cas). *Archives. of Ophtalmology*, t. **26**, décembre 1941, pp. 983-1018.

Sur 562 malades, 327 ont été suivis plus d'un an. Parmi ces 562 cas, 244 ont reconnu une cause évidente, la syphilis dans 45 cas (8 o/o), la blennorragie dans 10 cas (1,8 o/o), etc. et 318 une cause probable, la syphilis dans 14 cas (2,5 o/o) et la blennorragie dans 16 cas (2,8 o/o). Sur 59 cas où la syphilis était en cause, l'infection était congénitale dans 22 et acquise dans 37. Il s'agissait de 36 iritis, 7 choroïdites et 16 irido-choroïdites.

A. Touraine.

J. Offret. — **Etiologie des irido-cyclites.** *Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 1, 7 janvier 1946, pp. 20-23.

L'origine syphilitique de toute irido-cyclite ne faisant pas sa preuve a été sou-

tenue par V. Morax. En réalité, d'après Offret et Dubois-Poulsen, la réaction de Wassermann n'est positive que dans 10,7 o/o des cas. Encore faut-il se défier des irido-cyclites d'autre cause qui surviennent chez des syhilitiques (1 cas personnel, 1 cas de Lagrange). Mêmes réserves pour l'origine tuberculeuse, blennorragique, spirochétosique. Prendre en considération toujours plus importante les irido-cyclites par virus filtrants ou par hyperergie.

A. Touraine.

Th. Alajouanine et Thurel. — **Pupille tonique dans le tabès et la paralysie générale** *Société de Neurologie de Paris*, séance du 6 novembre 1945, *in Revue Neurologique*, t. **77**, nos 11-12, novembre-décembre 1945, pp. 316-319.

La pupille tonique, isolée ou associée à une aréflexie tendineuse (syndrome d'Adie), peut être le fait de la syphilis ainsi qu'en témoignent deux observations présentées par les auteurs et concernant l'un un tabétique, l'autre un paralytique général.

Ces deux observations prêtent à certaines remarques concernant la séméiologie, le substratum anatomo-physiologique et l'étiologie de la pupille tonique.

Les auteurs insistent sur le fait que l'examen des pupilles, limité d'ordinaire à l'étude des réactions d'adaptation à la lumière et à la distance, doit être complété par l'étude de la réaction produite par l'occlusion des paupières. Cette dernière réaction, qui consiste en une contraction du sphincter de l'iris, suivie du retour à l'état antérieur dès que cesse l'occlusion des paupières, est masquée à l'état normal par la réponse inverse du réflexe photomoteur et n'apparaît qu'autant que celui-ci est aboli. Elle peut être attribuée à l'occlusion des paupières ou au mouvement associé des globes oculaires qui s'effectue généralement en haut et en dehors; dans ce dernier cas, la réaction pupillaire syncinétique de l'occlusion des paupières, faisant double emploi avec la réaction à la vision de près, n'aura d'intérêt que si les pupilles ne répondent pas aux tentatives de convergence, ce qui arrive avec la pupille tonique, ne réagissant qu'aux incitations fortes et prolongées; si l'effort de convergence nécessaire est parfois malaisé à obtenir ou incorrectement pratiqué, il n'en est pas de même de l'occlusion des paupières qui peut être maintenue le temps nécessaire et dont l'énergie est facile à contrôler.

La pupille tonique a pour substratum anatomo-physiologique la paralysie incomplète du sphincter de l'iris; ce dont témoignent d'une part la mydriase submaximale susceptible d'être augmentée par l'atropine, d'autre part les variations spontanées de la mydriase et les modifications des réactions pupillaires (suppression du réflexe photomoteur et lenteur de la contraction et de la décontraction à l'occlusion des paupières et à la convergence des globes oculaires). Cette dissociation des réactions pupillaires tient à l'élévation du seuil d'excitabilité, elle-même sous la dépendance du parasympathique oculaire.

Les deux observations présentées par les auteurs chez des sujets atteints l'un de tabès, l'autre de paralysie générale, ne laissent aucun doute sur le pouvoir qu'a la syphilis d'engendrer la pupille tonique. D'autres observations semblables ont été publiées et plaident dans le même sens. Les auteurs considèrent la pupille tonique comme un état intermédiaire entre la pupille dilatée fixe de la paralysie du moteur oculaire commun et la pupille d'Argyll-Robertson, l'étiologie de ces trois syndromes pupillaires étant dominée par la syphilis acquise ou héréditaire.

Ils rappellent avec raison qu'à défaut de données étiologiques positives, le diagnostic de syphilis ne doit pas être abandonné sans raisons valables et que ni la négativité des réactions humorales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ni le caractère fixe des troubles nerveux ne permettent dans ces cas d'écarter l'idée d'une étiologie syphilitique.

Lucien Périn.

A. Subirana et L. Ollé-Daurella (Barcelone). — **Sur un cas de syndrome de Weill-Reys (alias Adie) associé à des syndromes diencéphaliques, chez une syphilitique.** *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, t. **19**, n° 1, janvier 1947, pp. 33-35, courte bibliogr.

Femme de 61 ans, 1 fausse couche, 2 mort-nés, 4 enfants vivants ; pas de commémoratifs. Depuis un an, crises cataleptoïdes avec résolution musculaire complète pendant plusieurs heures, puis état de rêverie. Syndrome d'Adie bilatéral et aréflexie tendineuse variable. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 50, 52 lymphocytes. Bordet-Wassermann H_2, M. K. R. II positif, Lange positif, sucre 0 gr. 85. Amélioration par le traitement spécifique

Le syndrome d'Adie peut donc être syphilitique; il a la valeur d'un signe topographique diencéphalique alors que le signe d'Argyll-Robertson (qui n'est pas toujours syphilitique) répond à une topographie pédonculaire.

A. Touraine.

S. Daum et R. Houdart. — **Les méningites syphilitiques avec stase papillaire.** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 42, 19 juillet 1947, p. 479.

A titre de rareté, parmi les atteintes nerveuses de la syphilis, il faut isoler la méningite avec hypertension intracranienne, relevant soit d'arachnoïdite soit de méningite séreuse (5 observations publiées dans cet article). Le syndrome anatomo-clinique de la méningite syphilitique avec stase doit être distingué des autres lésions susceptibles d'entraîner une hypertension cranienne, surtout les gommes cérébro-méningées et le ramollissement par artérite.

En présence d'une hypertension intracranienne chez un syphilitique, la constatation d'une stase papillaire doit proscrire la rachicentèse. On est autorisé à tenter un traitement d'épreuve, avant d'envoyer le malade au neurochirurgien, aux conditions expresses suivantes : 1° immédiatement l'hypertension cranienne ne paraît pas menaçante; 2° la stase n'augmente pas dans les débuts du traitement qui sera intensif (cyanure de mercure et bismuth). Même si les résultats immédiats sont favorables, seule une amélioration qui se maintient et se poursuit permettra d'écarter l'intervention chirurgicale. « La notion de neuro-syphilis est le plus grand fléau du neuro-chirurgien », disait Clovis Vincent en 1937.

H. Rabeau.

S. Levin, L. Trevett et M. Greenblatt (Boston). — **Atrophie optique primitive syphilitique** (Syphilitic primary optic atrophy). *The New-England Journal of Medicine*, t. **237**, n° 21, 20 novembre 1947, pp. 769-772, bibliogr.

Étude d'après 54 cas, observés en 24 ans dans un hôpital de Boston. Le premier signe a été : diminution graduelle de la vision dans 34 cas, troubles psychiques dans 6, douleurs en éclair dans 3, crises gastriques dans 2, douleurs oculaires dans 2, diplopie dans 2, etc. Sur 19 cas, Bordet-Wassermann positif dans 13, douteux dans 2, négatif dans 4. Coexistence avec tabès dans 20 cas, avec paralysie générale dans 14, tabo-paralysie générale dans 5, isolée dans 15. Début unilatéral dans 11 cas sur 43. Dans les cas non traités, évolution très variable (cécité en 22 jours à 7 ans). Dans 15 cas, traitement antisyphilitique antérieur mais toujours faible. La pyrétothérapie (impaludation) est supérieure à la chimiothérapie. Sur 16 impaludés, 2 seulement sont devenus aveugles en 2 ans. Le liquide céphalo-rachidien est, dans 76 o/o, du type paralysie générale.

A. Touraine.

Becq et Couadau. — **Evolution et traitement d'une névrite optique tabétique.** *Archives d'Ophtalmologie*, t. **7**, n° 5, 1947, p. 544.

Échec du cyanure et du bismuth, aggravation par stovarsol, grande amélioration par novarsénobenzol, nouvelle aggravation dangereuse par acétylarsan que n'arrête plus le novarsénobenzol. Arrêt de l'évolution par la pénicilline avec amélioration du liquide céphalo-rachidien. A. Touraine.

J. Moore, R. Hahn, A. Woods et L. Sloan. — **Le traitement de l'atrophie optique syphilitique primitive** (The treatment of syphilitic primary optic atrophy). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, juillet 1942, pp. 407-473.

Étude de 250 cas d'atrophie syphilitique primitive du nerf optique, dont 80 restés sans aucun traitement, 37 très insuffisamment soignés (moins de 10 injections d'arsenic ou de bismuth), 42 correctement soignés par les traitements classiques, 32 traités au début par des injections rachidiennes d'arsenic (méthode de Swift-Ellis) puis par un traitement classique, 11 d'abord impaludés puis traités classiquement, 39 soignés par plusieurs des méthodes précédentes.

L'atrophie optique peut être solitaire; elle va beaucoup plus souvent avec un tabès dont le seul symptôme peut être un signe d'Argyll-Robertson. 90 o/o des sujets sans traitement sont devenus aveugles en moins de 12 ans, mais la progression peut être très lente.

Un traitement classique, suivi au début de la syphilis, met généralement à l'abri de l'atrophie optique.

Le traitement par injections sous-arachnoïdiennes par la méthode de Swift-Ellis doit être abandonné; sa valeur est discutable, de plus elle expose dans près de 10 o/o à la cécité brusque.

La pyrétothérapie (impaludation) est la méthode la plus efficace; elle permet d'espérer un arrêt de l'évolution dans les cas les plus aigus. Par son emploi, sur 250 malades, 9 o/o seulement des malades sont devenus aveugles en un an après le début des symptômes, 14 en 2 ans, 18 en 3 ans.

A. Touraine.

J. Marshall et H. Seiler. — **Analyse statistique de 3.219 cas certains de cécité** (A statistical analysis of 3.219 persons certified blind). *British Journal of Ophtalmology*, t. **26**, août, septembre, octobre 1942, pp. 337-379, 385-414, 432-466.

En 6 ans, sur 5.140 sujets examinés en Écosse, 3.219 ont été reconnus aveugles.

La réaction de Kahn a été pratiquée dans 62,4 o/o des cas; elle a été positive dans 10,8 o/o des cas; mais l'existence de la syphilis a été démontrée chez 6,6 o/o en plus; au total 17,46 o/o des cécités sont considérées comme causées par la syphilis.

L'ophtalmie des nouveau-nés a déterminé 99 cas, c'est-à-dire 3,07 o/o des cécités bilatérales. Sur ce nombre, 20 ont été des cécités complètes au cours de la première année de la vie.

D'après 152 cas de cécité (bilatérale sauf dans deux cas) imputable à la *syphilis congénitale*, égalité entre les sexes. L'âge moyen du début a été de 14 ans et pour la cécité complète de 25 ans. Le diagnostic clinique a été confirmé par la réaction de Kahn dans 54,6 o/o. Il existait une cécité familiale dans 14,2 o/o. Il s'agissait de kératite interstitielle dans 81 cas, de choroïdite dans 26, d'iridocyclite dans 23, d'atrophie du nerf optique dans 13, de choriorétinite dans 8.

D'après 196 cas de cécité (bilatérale sauf dans 7 cas) imputable à la *syphilis acquise* l'âge moyen du début a été de 42 ans et pour la cécité complète de 46 ans. La réaction de Kahn a été positive dans 64,5 o/o des cas. La cause a été dans 131 atrophies du nerf optique, 38 choriorétinites, 33 iridocyclites, 5 kératites interstitielles.

De 0 à 5 ans, 30,4 o/o des cécités sont dus à l'ophtalmie des nouveau-nés et 3,8 à la syphilis; de 5 à 15 ans 24,8 o/o sont dus à la syphilis congénitale; de 16 à 29 ans 14 o/o à la syphilis congénitale et 3,8 à la syphilis acquise; de 30 à 49 ans, 15,4 à la syphilis acquise et 5,2 à la syphilis congénitale; de 50 à 69 ans, 4,8 à la syphilis acquise et 1 à la syphilis congénitale, après 70 ans, 2 à la syphilis acquise.

A. Touraine.

A. C. Esposito. — **Ophtalmoplégie totale bilatérale aiguë syphilitique** (Acute syphilitic bilateral total ophtalmoplegia). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 5, mai 1947, pp. 686-690.

Observation personnelle de cette affection rare avec rappel bibliographique de quelques cas identiques. L'examen sérologique était négatif, mais le liquide céphalo-rachidien était du type P. G. Guérison rapide des symptômes oculaires par l'iode d'abord, puis le traitement antisyphilitique (tryparsamide et bismuth).

L. Golé.

Divers. — **Traitement de la syphilis oculaire. Réunion de thérapeutique** (Treatment of ocular syphilis. Conference on therapy). *New-York State Journal of Medicin*, t. **42**, 1er juillet 1942, pp. 1251-1260.

Dans son rapport McLean s'élève contre la frayeur injustifiée qu'ont certains ophtalmologistes pour le traitement arsenical. Des preuves indiscutables démontrent leur innocuité vis-à-vis de l'œil. Les lésions oculaires de la syphilis sont les mêmes qu'ailleurs; elles obéissent à la même chimiothérapie. La fréquence de l'iritis dans la syphilis secondaire est d'environ 5 o/o; aucun des malades traités intensivement par l'arsenic n'est devenu aveugle, il n'y a eu de troubles locaux que dans 10 o/o; par contre, chez les malades non traités régulièrement par l'arsenic, on compte 9 o/o d'aveugles, plus 14 o/o de dommages graves allant jusqu'à une perte partielle de la vision. La choroïdite, aux phases tardives de la maladie, survient chez 3 o/o de tous les syphilitiques; un traitement local précoce est alors important. L'atrophie optique survient chez 10 o/o des neuro-syphilitiques.

McDermott pense que les récidives sur l'iris ont une grande valeur pronostique, car, dans 20 o/o de leurs cas, elles s'accompagnent d'une neurorécidive; un examen du liquide céphalo-rachidien s'impose donc aussitôt.

Webster admet que, sur 250 malades atteints d'atrophie optique, 90 o/o deviennent aveugles complets en 3 ans après le début. Moore admettait 70 o/o en 8 à 10 jours (réduits à 50 o/o par traitement sous-arachnoïdien, à 12 o/o après impaludation). Ces deux dernières méthodes sont donc les plus actives, mais on continuera la chimiothérapie pendant au moins 2 ans.

La choroïdite, la névrite optique, la kératite interstitielle demandent un traitement arsenical de longue durée. La tryparsamide, très usitée en neurosyphilis, doit l'être avec prudence car elle peut déterminer des lésions du nerf optique; le liquide céphalo-rachidien est parfois resté sans changement après 6 à 12 mois de traitement; elle est indiquée au cas d'intolérance vis-à-vis des arsenicaux trivalents.

A. Touraine.

J. Klauder (Philadelphie). — **Traitement de la kératite interstitielle, en particulier par la pénicilline** (Treatment of interstitial keratitis with particular reference to the results of penicillin therapy). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 6, novembre 1947, pp. 575-599, 5 tableaux, bibliogr.

Étude comparative de 59 malades (97 yeux) traités par la pénicilline (2.400.000 u.) avec ou sans (25 cas) autre traitement, de 54 malades (95 yeux) traités par pyréto- et chimiothérapie et de 100 malades (179 yeux) non traités.

Avec la pénicilline, amélioration forte (jusqu'à 5/10) dans 55,7 o/o, moyenne (6/15 à 6/30) dans 34 o/o, faible (6/60-1/60) dans 8,2 o/o (8 observations rapportées).

Avec fièvre et chimiothérapie, amélioration forte dans 61, moyenne dans 27, faible dans 9,5.

Sans traitement, amélioration forte (jusqu'à 6/15) dans 51 à 55 o/o, moyenne dans 25,6 à 37, faible dans 12 à 18,4.

La faible action de la pénicilline est un argument de plus contre l'origine syphilitique de la kératite interstitielle.

A. Touraine.

J. Sheps et J. Simon. — **Gomme cérébrale solitaire** (Solitary cerebral gumma). *Journal of Neuropathology and experimental Neurology*, t. **2**, octobre 1943, pp. 353-364.

Les auteurs n'en ont trouvé que 48 observations dans la littérature, dont 76 o/o avec sérologie positive dans le sang et 45 dans le liquide céphalo-rachidien (toujours, alors, avec réaction positive dans le sang). Ils en ont observé deux nouveaux cas.

Dans le premier cas, céphalée, troubles mentaux et signes de localisation, d'allure progressive. Guérison par la chirurgie et le traitement spécifique.

Dans le second, troubles mentaux, signes de lésions cérébrales disséminées, bradycardie.

Dans la grande majorité des cas, ces gommes siègent dans les méninges de la convexité des hémisphères, dans les régions frontales ou centrales. Sur 48 cas, on n'a signalé qu'une seule rupture de la gomme.

A. Touraine.

A. Horowitz. — **Hémiplégie syphilitique. La syphilis viscérale tardive.** *Actualités dermato-vénéréilogiques.* L'expansion scientifique française, éd. 1946, pp. 111-120.

Étude clinique et anatomo-pathologique des diverses formes cliniques de l'hémiplégie syphilitique.

L'auteur montre tout l'intérêt d'un diagnostic précoce permettant d'instituer un véritable traitement d'urgence.

Due, dans la majorité des cas, à une artérite, elle est justiciable du traitement d'attaque arséno-bismuthique, aussi rapide que possible, avant la constitution définitive des lésions. On obtiendra grâce à lui (en y associant, à titre adjuvant, les antispasmodiques tels que l'acétylcholine) de véritables résurrections avec un minimum de séquelles.

L. Golé.

Bounhoure, Ruffie et Monnier. — **Ramollissement bulbo-protubérantiel chez un syphilitique correctement traité.** *Soc. anatomo-clinique des hôpitaux de Toulouse*, 25 février 1946.

Homme de 25 ans, traitement régulier pendant 2 ans à l'arsenic et au bismuth, puis ramollissement bulbo-protubérentiel ; guérison par le cyanure.

A. Touraine.

A. King. — **La syphilis de la moelle épinière** (Syphilis of the spinal cord). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, mai 1942, pp. 336-377.

Longue et importante étude d'ensemble, avec exemples, sur la syphilis médullaire dont les principales manifestations se sérient ainsi chronologiquement.

1° Grands *accidents vasculaires* intéressant les artères spinales et particulièrement l'antérieure (paraplégies aiguës de la syphilis récente) assez rares.

2° *Méningomyélite diffuse*, plus fréquente, souvent associée à de légères oblitérations vasculaires, se voit aussi au début de la maladie; localisation assez élective sur la moelle thoracique supérieure (douleurs en ceinture). Rétrocession souvent spontanée, rapide par le traitement; séquelles rares.

3° *Paraplégie spasmodique d'Erb*, tardive, par lésions graves, progressives, du faisceau pyramidal (atteinte légère des autres faisceaux médullaires) de la moelle thoracique moyenne. Résiste en général au traitement.

4° *Atrophie musculaire progressive*, tardive, avec lésions principales sur les cellules des cornes antérieures, surtout le long de la moelle cervicale inférieure. La *sclérose latérale amyotrophique* est due à l'association de ces lésions avec celles du faisceau pyramidal. Nombreuses formes de transition entre ces deux syndromes qui obéissent au traitement.

5° *Gommes*, parfois dès la première année, pouvant affecter tout secteur de la

moelle ou de la queue de cheval, avec signes de tumeur, généralement dociles au traitement. L'infiltration gommeuse massive de certaines régions, telle que la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, réalise les signes soit d'une tumeur, soit de la syringomyélie ou de la sclérose latérale amyotrophique ; elle est très résistante au traitement.

6° *Tabès dorsalis*, dont le processus se limite aux cordons sensitifs, tardif, souvent limité à la moelle sacrée, atteignant aussi un ou plusieurs nerfs craniens. Sa pathogénie est encore assez obscure ; souvent la sérologie sanguine et liquidienne est négative.

7° *Myélite hémorragique*, complication possible de l'arsénothérapie, réalisée par des lésions essentiellement capillaires et de minuscules hémorragies parenchymateuses, surtout dans la moelle thoracique. Rare mais survient surtout après la deuxième injection d'arsenic. Guérison rarement complète d'un tableau qui est celui d'une myélite transverse complète. Inefficacité du traitement.

Traitement. — Celui des *oblitérations vasculaires* arsenicales doit être énergique pour en prévenir l'extension et l'apparition d'autres manifestations de neurosyphilis. Contre la *méningomyélite*, iodures, bismuth, novar, tryparsamide sont très efficaces. La *paraplégie spasmodique* est sensible au traitement d'après Erb, résistante pour d'autres. Les progrès de l'*atrophie musculaire* sont généralement arrêtés par l'arsenic. Les *gommes* obéissent à de fortes doses d'iodure, une intervention chirurgicale délicate peut s'adresser avec succès aux formes résistantes tumorales. La *pachyméningite cervicale* ne réagit à aucun traitement. Contre le *tabès*, tous les arsenicaux, le bismuth peuvent donner de beaux succès, l'impaludation est indiquée s'il s'y associe un tableau de paralysie générale ; contre ses douleurs : analgésiques, narcotiques et même cordotomie. Contre la *myélite hémorragique* le traitement est peu satisfaisant. A. Touraine.

E. Peters. — **Le liquide céphalo-rachidien dans la paraplégie spasmodique syphilitique d'Erb** (The spinal fluid in Erb's syphilitic spinal spastic paraplegia). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **25**, janvier 1941, pp. 72-76.

Étude de 30 cas de paraplégie d'Erb. Sérologie sanguine positive dans 22 cas. Liquide céphalo-rachidien normal dans 7, leucocytose, hyperalbuminose, courbe colloïde anormale mais Wassermann négatif dans 4, légères altérations dans 11. Sur 18 malades dont le Wassermann était positif, les autres éléments étaient peu troublés chez 6, très altérés chez 11, non classés chez 1. Dans 2 cas, les sérologies sanguine et liquidienne étaient négatives malgré la certitude de la syphilis.

On compte 5 fois plus d'hommes que de femmes. Sur 24 cas précis à ce point de vue, le délai d'apparition, après la contamination, a été 8 fois moins de 6 ans, 5 fois de 6 à 10 ans, 11 fois de 10 à 37 ans.

Le traitement antisyphilitique a donné 5 améliorations (4 légères et 1 marquée).

A. Touraine.

L. Barker. — **Une observation de syndrome poliomyélitique antérieur aigu syphilitique** (Acute syphilitic anterior poliomyelopathic syndrome : Report of a case). *Archives of Neurology and Psychiatry*, t. **49**, janvier 1943, pp. 118-119.

Chez un homme de 39 ans, début par angine et diplopie passagère puis troubles de la déglutition et paralysie progressive des jambes. P. L. : 100 cellules par centimètre cube et hyperglobuline, Bordet-Wassermann fortement positif. Guérison rapide par le traitement spécifique et retour du liquide céphalo-rachidien à la normale.

A. Touraine.

Euzière, Pagès, Duc et Faure (Montpellier). — **Polynévrite syphilitique secondaire fruste.** *Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 7 février 1947.

Au cours d'une roséole et d'une méningite syphilitique, l'examen systématique

a révélé une hyperesthésie musculo-tendineuse et osseuse, une abolition des réflexes aux membres inférieurs puis supérieurs.

La symptomatologie fruste de cette polynévrite permet de penser que des cas analogues puissent passer inaperçus; d'où la rareté des travaux sur de tels accidents.

A. Touraine.

Sidney A. Sewell. — **Traitement moderne de la neurosyphilis.** *British Medical Journal*, 22 novembre 1947, pp. 841-842.

Exposé de deux cas traités par 20.000 unités toutes les trois heures pendant 10 jours et les 7 derniers jours 5.000 unités intrarachidiennes deux fois par jour ; de plus, on introduit le malade tous les 7 jours dans l'appareil à fièvre artificielle. Un des deux cas est suivi depuis 18 mois et les résultats sont excellents. Bordet-Wassermann négatif, ponction lombaire négative. L'auteur préfère la fièvre artificielle à la malariathérapie et, avec des aides expérimentés, les risques de brûlures et d'hyperpyrexie sont minimes, de plus, les séances étant hebdomadaires, le malade est peu gêné dans ses occupations. M. Mansour.

R. Batchelor. — **La tryparsamide dans la neurosyphilis** (Tryparsamide in neurosyphilis). *British Journal of Venereal Diseases*, t. **17**, janvier-avril 1941, pp. 67-86.

La tryparsamide est de premier choix dans le traitement de la neurosyphilis; elle est peu toxique et peut être administrée à doses relativement énormes; mais elle compense ces avantages par son action occasionnelle sur la vue. Son action tréponémicide est faible; elle ne tue pas les tréponèmes du chancre; mais elle traverse les méninges et, de ce fait, trouve son application dans la neurosyphilis. Environ 50 o/o des paralysies générales récentes et 35 à 36 o/o des tabès peuvent en tirer une amélioration définitive. Batchelor cite le cas de 4 femmes enceintes qui ont reçu 38 grammes en 6 jours sans lésions du nerf optique de l'enfant.

En 15 tableaux, Batchelor résume les données statistiques de sa pratique personnelle qui l'autorisent à formuler les conclusions précédentes.

A. Touraine.

R. Kierland et P. O'Leary. — **Thérapeutique intrarachidienne de la neuro-syphilis** (Intraspinal therapy of neurosyphilis). *The Journal of the American Medical Association*, t. **17**, 13 décembre 1941, pp. 2035-2042.

Ce traitement est indiqué quand les méthodes habituelles ont échoué. Il a été appliqué, selon la méthode de Swift Ellis, à 370 malades en 2.369 injections (jusqu'à 39 chez un même malade; en moyenne 6,4 par malade).

On a enregistré 229 réactions chez 109 malades, en général chez des tabétiques; la plus grave a été une réaction méningée.

200 malades ont été ainsi traités pendant 5 ans et plus. Sur 32 syphilis asymptomatiques traitées en même temps par les méthodes habituelles il y a retour à la normale de la sérologie 24 fois dans le sang et 25 fois dans le liquide céphalo-rachidien.

Sur 50 tabès dont 6 avec atrophie du nerf optique, le sang est redevenu négatif dans 36 cas et le liquide spinal dans 40.

Sur 34 paralytiques généraux, 23 retours à la normale du liquide spinal, 4 rechutes.

Sur 39 méningites, 34 belles améliorations et 2 plus légères.

[Il est difficile de se rendre un compte exact de la valeur de la méthode de Swift-Ellis car la plupart des malades ont subi, auparavant ou simultanément, d'autres méthodes de traitement, *An.*]. A. Touraine.

20r. — *Syphilis de l'appareil urinaire.*

E. W. Thomas et M. Schur. — **Les néphropathies cliniques dans la syphilis récente** (Clinical Nephropathies in Early Syphilis). *Archives of Internal Medicine*, t. **78**, décembre 1946, p. 679.

Les auteurs signalent qu'au moins 0,3 o/o des malades traités pour syphilis secondaire présentent des anomalies urinaires qui réagissent rapidement à un traitement spécifique intensif. Ils présentent 12 cas dont 10 étaient classés comme néphrose syphilitique et 2 comme néphrite.

Dans la néphrose syphilitique, les tests de la fonction rénale ne sont pas anormaux dans la règle, mais on trouve de l'albuminurie et des cylindres. Dans la néphrite syphilitique récente, il y a moins d'albuminurie et plus d'hématuries.

Dans un cas de glomérulonéphrite diffuse due apparemment à la syphilis secondaire, dans laquelle on trouvait de l'hypertension et une anémie secondaire, il y eut guérison par un traitement spécifique à la pénicilline.

Les néphropathies syphilitiques précoces ne laissent pas de séquelles démontrables.

M. Balter.

20s. — *Syphilis diverses.*

H. Fleischhader et H. Michel. — **Altérations de la moelle osseuse dans la syphilis et pendant le traitement mixte mapharsen-bismuth** (Knochenmarkveränderungen bei der Lues und während der kombinierten Mapharsen-Wismut-Behandlung). *Klinische Medizin*, année **3**, n° 1, 1er janvier 1948, pp. 1-12.

L'arsenic et le bismuth déterminent souvent une neutrophilie (moins de 50 o/o dans 23 cas sur 134 de Streitmann) et parfois une agranulocytose. On considère quelquefois ces troubles comme d'ordre anaphylactique ou, d'après Streitmann encore, comme le résultat d'une moindre résistance liée aux avitaminoses de la période de restrictions.

Les auteurs ont étudié, à ce point, le sang et la moelle osseuse de 80 syphilitiques (35 primaires, 45 secondaires) non traités. En syphilis primaire, pas d'altérations. En période secondaire, en dehors de tout traitement, dans la moelle osseuse, d'abord apparition des granulations toxiques dans les neutrophiles, puis augmentation des cellules sur les frottis, éosinophilie (jusqu'à 20 o/o au moment des poussées d'exanthème), augmentation des métamyélocytes, légère déviation à gauche de la formule d'Arneth; augmentation des cellules réticulo-endothéliales, des plasmazelles (jusqu'à 5-6 o/o).

D'après l'étude de 170 syphilitiques traités par mapharsen-bismuth, en période primaire, on note une légère augmentation des leucocytes, surtout de leurs formes mûres et des granulations toxiques. En période secondaire, d'abord déviation modérée à gauche de la formule d'Arneth qui s'accentue par la suite, nombreuses granulations toxiques, éosinophilie, basophilie à la fin de la cure, vacuolisation des plasmazelles, augmentation des cellules réticulaires, des érythroblastes, des mégacaryocytes. Ces altérations se voient dans 47 o/o des cas. Au cas d'agranulocytose, les lésions médullaires n'ont rien de spécial au mapharsen. Dans l'ensemble, pas de troubles de la thrombopoïèse, ni de l'érythropoïèse.

A. Touraine.

A. H. Barber. — **Gommes du corps thyroïde** (Gomme of the thyroid). *The Lancet*, t. **252**, n° 6458, 7 juin 1947, p. 791.

Chez une femme de 37 ans, développement d'un petit goitre avec hyperthyroïdie. Échec du Lugol; thyroïdectomie partielle, structure de gomme au microscope. Plus tard, gommes d'une épaule et d'une cuisse. Sérologie positive. Guérison par l'iodure de potassium et le calomel. A. Touraine.

Ceccarni (Rome.) — **Sur le comportement de la rate dans la syphilis secondaire** (Sul comportamento della miza nella sifilide secondaria). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 1, janvier-février 1947, pp. 24 à 38. Bibliographie.

Revue des travaux antérieurs, dont le premier est celui de Biermer (1862) et le plus récent celui de Sibirani (1942) dans l'*Archivio italiano di Dermatologia*. Les recherches de l'auteur ont porté surtout sur les altérations fonctionnelles de la rate dans la période secondaire, alors que les recherches antérieures portaient plutôt sur la période primaire.

Les résultats de ces recherches ne peuvent se résumer (tableaux, statistiques). Ils ont montré la participation fréquente de la rate au processus infectieux qui se manifeste par une augmentation de volume pouvant être mise en évidence cliniquement; mais il n'a pas été possible de mettre en évidence une altération des fonctions de la rate elle-même.

En effet, la fonction de réserve est apparue normale, comme le montre la persistance de la polyglobulie et de la leucocytose adrénalinique. Si la fonction hémopoïétique n'est pas apparue altérée, l'étude de la formule monocytaire au moyen de laquelle l'auteur a cherché à apprécier les conditions de fonctionnement du système réticulo-endothélial n'a pas permis de mettre en évidence une déviation quelconque.

Toutefois l'auteur reconnaît que, vu le petit nombre de cas sur lesquels ont porté ses expériences, on ne peut pas encore tirer des conclusions définitives; on ne peut pas affirmer qu'il n'existe aucune altération fonctionnelle de la rate dans la syphilis secondaire, et on ne peut pas, non plus, affirmer que les épreuves qui ont été utilisées ont une valeur suffisante pour les mettre en évidence.

Belgodère.

Gambiliani Zoccoli (Alberto) (Turin). — **Sur une hémopathie complexe d'origine syphilitique** (Su di una complessa emepatia di origine luetica). *Il Dermosifilografo*, nos 3-4, mars-avril 1947, pp. 49 à 60.

Discussion d'un cas d'hémopathie avec diathèse hémorragique, réaction mégaloblastique médullaire, signes de carence ferrique, survenue chez un syphilitique traité depuis l'époque de la contagion (1910) par une seule série d'arsénobenzol. Le tableau clinique décrit doit être imputé à la syphilis car, par l'application du traitement spécifique contre la syphilis, il s'est produit une amélioration rapide et la cessation des hémorragies.

Il semble hors de doute que la syphilis peut produire des états hémato et mésenchymopathiques complexes, non pas seulement en agissant comme élément révélateur d'une diathèse préconstituée, mais même par action directe. Chez le malade étudié, en effet, il n'y avait aucun signe de maladie du système hémopoïétique chez les autres membres de la famille. Dans ce cas, cependant, il est nécessaire d'admettre l'intervention de facteurs individuels agissant sur la réactivité du substratum organique, facteurs qui ne peuvent pas être rapportés à une diathèse préexistante, mais à une labilité spéciale du mésenchyme, dont la nature précise nous échappe, mais qui peut être attribuée sans doute à une orientation neuroendocrine, à l'interférence d'autres infections susceptibles d'influencer la réactivité

du terrain, à l'état fonctionnel de tel ou tel organe (foie et rate en premier lieu) qui ont des rapports étroits avec le système réticulo-histiocytaire et hémopoïétique.

BELGODÈRE.

20t. — Syphilis congénitale (Généralités).

J. GOLAY. — **De l'hérédo-syphilis maternelle à la syphilis conceptionnelle.** *Bruxelles Médical.* Numéro spécial consacré aux Journées Méd., 1946, pp. 46-47.

Les auteurs modernes n'admettent pas, en général, l'hérédo-syphilis paternelle (transmission directe de la syphilis du père à l'enfant). Cependant, si la forme spirillaire du *Treponema pallidum* ne représente qu'un moment de son cycle évolutif, on peut admettre qu'à d'autres stades, le virus syphilitique puisse être contenu dans le spermatozoïde. D'autre part, rien ne s'oppose à ce que l'infestation maternelle puisse être due, dans certains cas, à une transmission placentaire. Hérédo-syphilis paternelle et son corollaire, la syphilis conceptionnelle chez la femme, sont donc des formes qu'il n'y a pas lieu d'éliminer comme impossibles; des arguments de valeur plaidant, d'ailleurs, en faveur de leur existence.

L. GOLÉ.

J. GOLAY. — **De l'hérédo-syphilis paternelle à la syphilis conceptionnelle.** *Bruxelles Médical,* n° 29, 10 novembre 1946, p. 1331.

L'auteur rappelle les trois possibilités théoriques de transmission de la syphilis des parents à l'enfant :

1° *La syphilis congénitale* (infection de l'œuf par le sang maternel, après la procréation, par voie transplacentaire) qui n'est pas discutée;

2° *L'hérédo-syphilis ovulaire* (infection préconceptionnelle de l'ovule) qui n'est qu'une hypothèse incontrôlable;

3° *L'hérédo-syphilis spermatique* (infection de l'œuf par le spermatozoïde au moment de la fécondation). Ce mode d'infestation, admis par les anciens auteurs, est nié par la plupart des syphiligraphes modernes.

L'auteur pense cependant que certains faits plaident en faveur de cette syphilis conceptionnelle; il admet que le père peut contaminer directement l'ovule, infectant la mère par voie transplacentaire « quoique exceptionnellement celle-ci puisse rester saine ».

L'hérédo-syphilis de seconde génération serait également un argument en faveur de cette syphilis conceptionnelle. L. GOLÉ.

P. E. MORHARDT. — **Propos sur les maladies héréditaires et les maladies congénitales, rubéole et syphilis.** *Archives internationales de neurologie, de médecine mentale et des maladies héréditaires,* année **65**, n° 11, septembre-octobre 1947, pp. 238-247, courte bibliogr.

Après avoir rappelé les importants travaux australiens de Gregg (1940), Swan (1943), Carruthers (1945) et ceux, aux U. S. A., de Reese, Rones, Erickson, Stimson, etc. sur les malformations que présentent certains enfants lorsque la mère a été atteinte de la rubéole pendant les 3 premiers mois de la grossesse, Morhardt fait la critique des « stigmates de la syphilis », y compris les avortements et les anomalies du placenta. « Ce serait un abus que d'incriminer la syphilis dans la plupart des stigmates dystrophiques » [La majorité des syphiligraphes actuels est d'ailleurs de cet avis, *An.*]. A. TOURAINE.

P. Kreis (Strasbourg). — **Hérédité syphilitique et théories génétiques.** *Le Concours Médical*, année **69**, n° 41, 11 octobre 1947, pp. 1693-1695.

L'auteur s'élève contre la tendance actuelle à déposséder la syphilis de son rôle étiologique, dans les anomalies congénitales, au profit de la génétique. Souvent le traitement antisyphilitique améliore ou guérit ces anomalies, alors même que la syphilis n'était pas apparente. Souvent encore ce traitement a raison de manifestations pathologiques sans lien classique avec la syphilis (par exemple, dans de nombreux troubles de la menstruation) ou bien améliore les conditions générales de résistance de l'organisme. A. Touraine.

E. Brown, R. Lyon et N. Anderson. — **Influence de la syphilis sur l'accouchement prématuré** (Influence of syphilis on the incidence of prematury). *American Journal Diseases Children*, t. **70**, novembre-décembre 1945, pp. 318-324.

Le pourcentage des accouchements prématurés a été, en race blanche, de 14 chez les syphilitiques contre 9 chez les non syphilitiques. Cette proportion s'abaisse au cas de traitement; elle s'élève encore si une maladie ou des conditions anormales s'ajoutent à la syphilis ou s'il existe des causes d'hémorragie utérine, en plus de la syphilis. A. Touraine.

A. Diddle et E. Plass. — **Mortalité des prématurés. Influence de certains facteurs ante et postnataux** (Mortality of prematurely born infants. Influence of certain antenatal and postnatal factors). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, t. **44**, août 1942, pp. 279-287.

Dans un hôpital d'un district rural de l'Iowa on a enregistré en 15 ans 861 naissances prématurées (5,9 o/o). Sur 41 enfants de femmes syphilitiques, 13 étaient eux-mêmes syphilitiques et 9 d'entre eux sont morts peu après la naissance.

A. Touraine.

A. Dippel. — **Rapports de la syphilis congénitale avec les avortements et les fausses-couches; mécanisme de la protection intra-utérine** (The relationship of congenital syphilis to abortion and miscarriage, and the mechanism of intrauterine protection). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, t. **47**, mars 1944, pp. 369-379.

Étude de 135 fœtus non viables, dont 67 issus de femmes syphilitiques. Chez 16 de ces derniers on a trouvé des tréponèmes (en abondance dans les tissus périvasculaires du foie et des poumons, moins dans les os longs, le placenta, le cordon ombilical); dans 14 de ces cas, la sérologie de la mère était positive, dans 2 elle était négative (ce qui prouve que la syphilis congénitale active peut néanmoins exister malgré cette négativité).

On ne trouve pas de tréponèmes avant la 18e semaine de la gestation. La fréquence de l'infection par tréponème est de 10 o/o pendant la première moitié de la grossesse, de 50 o/o dans la seconde moitié; c'est à la 26e semaine que l'on trouve le plus souvent des tréponèmes (66,7 o/o).

Il existerait donc une certaine protection naturelle du fœtus durant les dix-sept premières semaines; un traitement actif de la mère pendant cette période peut alors éviter l'infection au fœtus. Cette protection paraît due à la couche de Langhans de l'épithélium du chorion. A. Touraine.

M. Bernheim et J. A. Roux. — **La mort subite chez le nourrisson. Ses rapports avec la syphilis congénitale.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **28**, n° 656, 5 mai 1947, pp. 325-330.

Le mécanisme de la mort subite chez le nourrisson demeure encore mystérieux et son étiologie reste imprécise. La mort thymique, considérée autrefois comme la plus fréquente, apparaît aujourd'hui exceptionnelle.

La mort subite peut être la conséquence de la spasmophilie ; elle peut, mais rarement, s'observer au cours de l'eczéma.

Les auteurs, à propos de trois observations relevées chez des nourrissons atteints de syphilis congénitale, attirent l'attention sur ce facteur qui semble jouer un rôle certain, bien qu'imprécis, dans le déterminisme de la mort subite.

JEAN LACASSAGNE.

F. KALZ, H. FRIEDMAN, A. SCHENKER et I. FISCHER. — **Perméabilité de la barrière sang-liquide spinal chez les nourrissons et chez les adultes normaux ou syphilitiques** (Permeability of blood-spinal fluid barrier in infants and in normal and syphilitic adults). *Archives of Neurology and Psychiatry*, t. **56**, 1946, p. 55.

16 nouveau-nés syphilitiques : 4 liquides normaux, 4 avec Wassermann, cellules, protéines et réaction colloïdale fortement positifs, 8 avec Wassermann faiblement positif et autres éléments normaux. Ces 8 enfants avaient une forte teneur en réagines dans le sang (peut-être transmission passive de ces réagines dans le liquide).

Cherchant la perméabilité de la barrière chez des nourrissons non syphilitiques et chez des adultes, syphilitiques ou non, par les tests photoélectriques au bromure, les auteurs constatent que la perméabilité est nettement plus basse chez les nourrissons syphilitiques que chez les adultes normaux et comparable à celle des adultes avec neuro-syphilis. A. TOURAINE.

W. BICKERS. — **Syphilis congénitale acquise par un fœtus avant l'apparition du chancre chez la mère** (Congenital syphilis acquired by fetus before appearance of chancre in mother). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, n° 1, juillet 1942, pp. 135-136.

Une femme de 17 ans, enceinte de 38 semaines et dont deux Wassermann récents ont été négatifs, a un contact infectant le 15 avril 1941 avec un homme dont le Wassermann est positif.

L'enfant, un garçon, naît le 3 mai. Le 6 mai, la mère montre un chancre de la petite lèvre gauche dans lequel on trouve des tréponèmes ; le Wassermann, d'abord négatif, devient positif quinze jours plus tard (malgré des injections de 0 gr. 06 de mapharsen) et une roséole typique apparaît 3 semaines après le chancre.

Le Wassermann de l'enfant est négatif 4 jours après la naissance. Mais 3 semaines après celle-ci on constate des fissures péri-anales et péri-buccales ; le Wassermann devient positif.

A. TOURAINE.

L. RIBADEAU-DUMAS. — **Note sur les infections massives à spirochètes dans l'hérédo-syphilis.** *Le Nourrisson*, année **34**, n° 5, septembre-octobre 1946, pp. 137-140, 2 fig.

Enfant de 1 mois, pesant 2 kgr. 950, à foie et rate gros, sans autres manifestations de syphilis. Traitement par frictions mercurielles et injections d'arsenic [pas de détails, *An.*]. Le septième jour, mort subite.

A l'autopsie, tréponèmes nombreux, disséminés ou en gros amas, dans des foyers de nécrose du foie ; quelques amas dans les surrénales, la rate [pas de mention des autres organes, *An.*]. A. TOURAINE.

J. GRISLAIN (Nantes). — **Comment établir le diagnostic de la syphilis congénitale précoce.** *Gynécologie et Obstétrique*, t. **46**, n° 1, 1947, pp. 37-45, 2 fig., pas de bibliogr.

Revue générale fortement imprégnée des travaux américains. Mentionnant à peine les signes cliniques (rares et peu nombreux), l'auteur s'attache surtout à l'examen radiologique des os longs (les quatre critères de Moore, d'ailleurs d'interprétation délicate) et à la sérologie (prise de sang dans les jugulaires externes ou internes, dans le sinus longitudinal supérieur) dont il étudie les différents résultats quantitatifs en réagines. La sensibilité du Wassermann peut varier de 50 o/o

d'une semaine à l'autre. Le titre de réagine ne mesure pas l'activité de la syphilis (Moore).

Discussion sur la valeur des éléments du diagnostic.

A. Touraine.

H. Beerman, V. Scherer Vammock et K. Bause Magnuson (U. S. A.). — **Syphilis de troisième génération** (Syphilis der dritten Generation). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, t. **3**, n° 3, 1er août 1947, pp. 101-107, 1 pédigrée.

Cet article, traduit de l'*Amer. J. of Syph.* (juillet 1942) donne d'abord un aperçu de la littérature récente sur la question, puis expose en détail une observation qui paraît répondre aux conditions exigées par Fournier et Finger.

A. Touraine.

X... — **Syphilis chez les nourrices** : Réponse donnée dans le *British Medical Journal* du 20 décembre 1947, p. 1016.

Un nourrisson séro-négatif ne devrait pas être traité seulement parce que sa mère présentait un Wassermann positif. Il doit être mis en observation et son sang examiné mensuellement pendant six mois ; au bout de ce temps, si pas de signes cliniques ou sérologiques, on peut le considérer comme indemne. Le traitement reçu par la mère peut avoir été suffisant pour protéger l'enfant, mais non pas pour négativer la mère. Une femme syphilitique peut nourrir son enfant même indemne, mais ne doit pas nourrir un enfant autre que le sien. A part la possibilité de passage de tréponèmes dans le lait, ils peuvent passer par une fissure du sein. Le traitement antérieur, spécialement par la pénicilline, réduit les probabilités de contagion maternelle. Il est rappelé qu'une séro-réaction positive n'est pas nécessairement équivalente à un diagnostic de syphilis.

M. Mansour.

20u. — *Syphilis congénitale spéciale.*

Paucot, Houlne et Bourgeois. — **Rapports entre la syphilis et certaines malformations congénitales.** *Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique de Lille*, 31 octobre 1945, *in Gynécologie et Obstétrique*, t. **45**, n° 5, 1946, pp. 510-511.

Spina bifida : 10 cas dont 6 avec fortes probabilités de syphilis.

Bec de lièvre : 12 cas dont 2 avec sérologie positive et 7 avec fortes probabilités (4 o/o seulement d'après Veau et Turpin).

Pieds-bots : 30 cas ; 1 syphilis certaine, 6 très probables ; en général associés avec d'autres dysplasies.

Hydrocéphalie : 6 cas, 3 syphilis très vraisemblable.

Les auteurs pensent à la possibilité d'un trouble de l'induction embryologique dont la syphilis peut être responsable. Ils admettent « que les théories syphilitique et génétique des malformations congénitales ne s'opposent pas mais se complètent. » [Voir, sur le même sujet : Touraine. Origine des tares congénitales : syphilis, hérédité ou induction ? *Le Progrès Médical*, 24 janvier 1946, p. 30, *An.*].

A. Touraine.

R. Moehlig et J. Gadbow. — **Signification de la voûte palatine ogivale** (The significance of the higt arched palate). *Harper Hosp. Bull.*, t. **4**, 1946, p. 168.

La voûte ogivale a été longtemps considérée comme un stigmate de syphilis congénitale tardive, malgré l'absence d'autres manifestations de cette maladie. Les auteurs estiment que cette dysplasie est due à une anomalie dans le développe-

ment embryologique du lobe antérieur de l'hypophyse qui, on le sait, est d'origine buccale.

La voûte ogivale s'observe dans les troubles de l'hypophyse, l'achondroplasie, la rétinite pigmentaire, l'épilepsie, la migraine. Cette anomalie de l'hypophyse peut être héréditaire. A. Touraine.

G. Heuyer et Lebovici. — **Présentation de quatre malades atteints d'hérédosyphilis.** *Société de Pédiatrie de Paris*, 17 décembre 1946, *in Archives françaises de Pédiatrie*, t. **4**, n° 1, 1947, pp. 105-106.

1° Fille de 13 ans ; obèse (41 kg. pour une taille de 1 m. 32), retard intellectuel, incisives supérieures en bourse et ponctuées. Sérologie de l'enfant et de la mère positives ;

2° Fille de 13 mois ; à 3 mois, cataracte bilatérale par iridocyclite. Forte hypotonie ; atrophie corticale importante à l'encéphalographie. Sérologie positive ;

3° Fille de 33 mois. Grand retard psychomoteur ; tubercules de Carabelli. Sérologie positive chez la mère, négative chez l'enfant ;

4° Garçon de 15 ans. Mère syphilitique. Troubles graves du caractère (instabilité, mensonge, calomnie, vols répétés). Sérologie positive.

A. Touraine.

R. Clément, Mme Cornet et G. Decroix. — **Syphilides hypertrophiques pharyngées chez un nourrisson de 20 mois.** *Soc. de Pédiatrie de Paris*, 15 janvier 1946, *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 2, 1946, pp. 181-183.

La syphilis de la mère est dépistée en septembre 1943 par une réaction positive au 4e mois de la grossesse. Traitement régulier de la mère au muthanol à partir du 5e mois (2 gr. 24 de Bi au total). Traitement de l'enfant : de la naissance à 16mois par frictions mercurielles, de 16 à 20 mois par sulfarsénol. A 20 mois, plaques muqueuses des amygdales, avec tréponèmes et sérologie positive.

Discussion d'une syphilis acquise ou, plutôt, congénitale.

A. Touraine.

P. Araya Chiappa. — **Ostéochondrite, ostéomyélite et ostéopériostite d'origine non syphilitique chez le nouveau-né et le nourrisson** (Osteochondritis, osteomyelitis and osteoperiostitis of nonsyphilitic origin in the new born and nurslings). *Archivos Argentinos de Pediatria*, Buenos-Aires, **17, 67, 146**, février 1946, p. 67.

Araya Chiappa établit que, jusqu'à ces derniers temps, on niait ou au moins on mettait en doute l'existence d'ostéochondrite non spécifique chez le nouveau-né et le nourrisson.

L'auteur étudie 66 cas d'ostéochondrite dans lesquels l'image radiologique et souvent même l'image microscopique étaient semblables à celles produites par la syphilis congénitale. Or cette maladie fut éliminée par l'anamnèse et l'examen clinique et sérologique des nourrissons, de leurs parents et même de leurs grands parents.

Araya Chiappa pense que tout processus septique, toxique ou endocrinien qui trouble le délicat mécanisme de l'ossification endochondrale et détruit l'équilibre physiologique entre la zone de prolifération du cartilage, sa calcification et la formation des premières travées osseuses, produit l'ostéochondrite qui a été considérée comme pathognomonique de la syphilis congénitale.

Dans le stade actuel des connaissances, le radiologiste ou le pathologiste ne peuvent déterminer l'étiologie de l'ostéochondrite, ostéomyélite ou ostéopériostite sans avoir étudié les antécédents, sauf si le pathologiste trouve du tréponème de Schaudinn dans les coupes histologiques. M. Balter.

Ferru (Poitiers). — **Rhumatisme chronique hérédo-syphilitique guéri par le traitement spécifique chez un enfant** *XIe Congrès des pédiatres de langue française*, Lyon, 22-24 mai 1947 *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **4**, n° 2, 1947, p. 155.

Brève observation d'un enfant de 7 ans atteint, depuis 30 mois, d'ictère avec hépato-splénomégalie, d'un « syndrome rhumatismal » des deux pieds, du cou et

des doigts (où il a une tendance déformante). Sérologie positive. Guérison en 4 ans par un traitement mixte, mercuriel, arsenical et surtout bismuthique.

A. TOURAINE.

R. KOONS et R. KISSANE — **Fréquence des cardiopathies chez les enfants atteints de syphilis congénitale** (The incidence of heart disease in children with congenital syphilis). *Urologic and Cutaneous Review*, t. **44**, octobre 1940, pp. 673-674.

Chez 100 petits syphilitiques les auteurs n'ont trouvé de cardiopathie que chez un seul (rétrécissement mitral, d'ailleurs imputable à un rhumatisme antérieur).

Chez 334 enfants atteints de cardiopathies diverses mais sans antécédents rhumatismaux, un seul présentait en outre des signes de syphilis congénitale.

La syphilis congénitale ne paraît donc pas devoir être comptée parmi les facteurs étiologiques des cardiopathies chez l'enfant. A. TOURAINE.

J. HENDERSON. — **Erythroblastose ou syphilis congénitale. Observations d'érythroblastoses et leur diagnostic différentiel avec la syphilis congénitale** (Erythroblastosis or congenital syphilis. Observations on erythroblastosis and its differential diagnosis from congenital syphilis). *Journ. Obstetr. and Gynecol.* (Manchester), t. **49**, octobre 1942, pp. 499-511.

A l'occasion de 53 cas d'érythroblastose infantile étudiés en 5 ans (dont 19 mort-nés, 24 morts, 19 guérisons et 34 autopsies), l'auteur insiste sur les difficultés, parfois très grandes, de son diagnostic avec la syphilis congénitale, d'autant que le placenta est gros et pâle dans les deux affections.

L'existence de cas antérieurs de l'une ou l'autre affection dans la même fratrie a la plus grande valeur. La syphilis a tendance à s'atténuer progressivement dans les grossesses successives; c'est l'inverse pour l'érythroblastose. La fréquence et l'intensité de la prématurité de l'accouchement est beaucoup plus grande dans la syphilis que dans l'érythroblastose. L'examen du placenta montre parfois des altérations syphilitiques nettes; dans l'anémie hémolytique et l'ictère grave de l'érythroblastose le placenta peut être normal; il est pâle, lourd et épais dans les types d'anasarque fœtal et de cirrhose; les infarctus du placenta sont fréquents dans la syphilis. L'érythroblastose est la seule affection dans laquelle les cellules de Langhans des villosités chorionales persistent jusqu'au terme de la grossesse (Henderson). La cirrhose interstitielle diffuse que l'on trouve dans le foie des deux affections comporte souvent des gommes miliaires au cas de syphilis. On ne trouve pas de lésions osseuses dans l'érythroblastose. La réaction de Wassermann, utile quand elle est positive chez la mère, ne l'est plus chez l'enfant pendant au moins les 10 premiers jours de la vie. Enfin la recherche du tréponème dans le cordon, le placenta trancherait le diagnostic, mais elle est souvent négative dans les tissus frais; il est préférable, dans ce cas, de gratter la surface interne de la veine ombilicale. A. TOURAINE.

M. BERNHEIM et P. GRENOT (Lyon). — **Les anémies syphilitiques du nourrisson.** *Pédiatrie*, année **36**, n°s 3-4, mars-avril 1947, pp. 97-103.

1° ♂, 2 ans 1/2, hépatosplénomégalie, pâleur, vomissements, épistaxis, hémoglobines 2.800.000, leucocytes 14.000, formule normale ; sérologie positive, guérison par sirop de Gibert, muthanol et K-thrombyl.

2° ♂, 10 mois, pâleur, grosse rate, rachitisme, faible anémie, leucocytose de 14.500 avec lymphocytose de 43 o/o ; peu d'action du muthanol.

A l'occasion de ces deux observations, revue générale de la question.

A. TOURAINE.

J. MAIZEL. — **Syndrome de von Jaksch chez un hérédo-syphilitique** (Von Jaksch syndrome in a baby with congenital syphilis). *British Medical Journal*, 27 septembre 1947, p. 495.

Une enfant de 13 mois est admise le 27 novembre 1946 pour une anémie grave et gin-

givorragies. Elle était très pâle, mauvais état général, nez ensellé, les gencives gonflées et saignantes, elle était d'ailleurs en poussée dentaire. Léger souffle systolique médiosternal, un peu de bronchite, abdomen distendu, foie et rate augmentés de volume. Aucun rachitisme décelable aux rayons X.

Hémoglobine 38 o/o, globules rouges 1.300.000, globules blancs 39.200, polychromasie, anisocytose, poïkilocytose, quelques mégaloblastes. Polynucléaires 65, lymphocytes 26, myélocytes 7, réticulocytes 2. Temps de coagulation 5 minutes et demie. Temps de saignement 3 minutes. La mère et l'enfant avaient un Wassermann positif et étaient traitées. Le diagnostic de syndrome de Von Jakch chez une hérédo fut porté, 425 grammes de sang furent transfusés en on donna trois fois par jour o gr. 32 de citrate ferreux d'ammonium et 5 milligrammes de vitamine C. Grosse amélioration, et le 23 janvier : hémoglobine 75 o/o, globules rouges 4.900.000, globules rouges 15.500, poïkilocytose, quelques myéloblastes, polynucléaires 70, lymphocytes 25, myélocytes 5. Les gingivorragies ont disparu, le foie et la rate sont diminués de volume. L'enfant semble guérie et quitte l'hôpital le 7 février 1947.

M. Mansour.

H. Roger, P. Mouren et M. Delaage (de Marseille). — **A propos de quatre cas de maladie de Friedreich d'origine hérédo-syphilitique**. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 4 avril 1946, *in Revue Neurologique*, t. **78**, nos 3-4, mars-avril 1946, pp. 162-163.

H. Roger et M. Delaage. — **Maladie de Friedrich et hérédo-syphilis**. *Paris Médical*, année **36**, no 22, 1er juin 1946, pp. 241-243

Le caractère héréditaire de la maladie de Friedreich est bien connu et l'on retrouve fréquemment dans les antécédents familiaux des sujets qui en sont atteints l'existence de facteurs dégénératifs des voies spino-cérébelleuses. Il existe cependant des cas où aucune hérédité similaire ne peut être retrouvée et où la syphilis congénitale paraît être en cause.

Les auteurs ont observé en une vingtaine d'années 4 cas de ce genre (1 garçon et 3 filles de 14 à 15 ans) où la symptomatologie classique de la maladie de Friedreich était au complet (signes cérébello-labyrinthiques, abolition des réflexes tendineux contrastant avec une accentuation des réflexes de défense et un signe de Babinski, troubles trophiques, etc.) mais où le caractère familial faisait défaut et où la syphilis congénitale était démontrée par la constatation d'une séro-réaction de Bordet-Wassermann positive chez les jeunes malades ou leurs parents, la polyléthalité infantile, les malformations des collatéraux, l'existence de troubles pupillaires : inégalité ou irrégularité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, etc. Le liquide céphalo-rachidien s'est montré normal dans 3 cas; il existait dans un cas une réaction méningée discrète (lymphocytes 4, albumine o gr. 40, Bordet-Wassermann positif). Tous les malades étaient porteurs de troubles psychiques (débilité mentale, troubles du caractère, etc.); chez l'un d'eux un hémisyndrome parkinsonien discret était associé à la maladie de Friedreich.

Dans deux cas un facteur déclenchant semble s'être surajouté à la syphilis congénitale (rougeole avec phénomènes convulsifs dans un cas, affection méningée de cause indéterminée dans l'autre).

La pathogénie de ces syndromes de Friedreich se produisant sur des terrains syphilitiques demeure imprécise. En dehors de coïncidences possibles, elle peut s'expliquer soit par la réactivation d'un gène héréditaire plus ou moins éloigné et latent par la syphilis congénitale, soit par l'action directe du tréponème sur les voies spino-cérébelleuses; c'est à cette dernière hypothèse que les auteurs tendent à se rallier.

Le traitement antisyphilitique n'a exercé aucune influence favorable sur l'évolution des lésions. Il n'a pas empêché, dans un cas, l'apparition d'un syndrome démentiel s'apparentant à la paralysie générale juvénile. L'inefficacité du traitement est d'ailleurs la règle dans tous les cas de ce genre signalés dans la littérature.

Lucien Périn.

H. Brantmay (Genève). — **Les états psychopathiques infantiles d'origine syphilitique héréditaire larvée.** *Monographie*, Georg et Cie édit., Genève, 1946, 73 p., bibliogr.

Après Drouet et Hamel (1930), Babonneix (1930), Lesné (1932), Péhu (1934), etc. Brantmay s'attaque avec foi et vigueur au difficile problème de l' « hérédo-syphilis » mentale. Après avoir examiné environ 5.000 enfants arriérés, difficiles, irréguliers, délinquants, névrosés, psychopathes, il retient 100 observations (contre 2.600 témoins) dont 30 filles et 70 garçons, dans lesquelles la syphilis peut être suspectée en raison de diverses dysplasies somatiques et confirmée dans 22 cas (sur 42 où cet examen a été pratiqué) par une sérologie positive (300 autres enfants difficiles, suspects de syphilis, ont eu une réaction négative). Dans 33 de ces cas, le traitement mercuriel ou bismuthique « a produit des améliorations appréciables ».

Les signes cliniques de l'hérédo-syphilis psychopathique seraient, d'après Brantmay, certaines obésités infantiles, des anomalies de la maturation sexuelle (micro ou surtout macrophallie), les angiomes punctiformes et stellaires de la face, le strabisme, l'obliquité de la fente palpébrale, les tics, le bégaiement, l'énurésie et les troubles du sommeil, la céphalée tenace, la vagotonie, l'oligophrénie, la kinophilie (agitation, impulsivité), les dysthymies (apathique, colérique, émotive), les altérations du caractère et de la sphère instinctive.

123 observations sont résumées et offrent une masse importante de documents utilisables pour l'étude de la famille syphilitique. A. Touraine.

F. Hervouet. — **Myopie et hérédo-syphilis. A propos d'une observation test.** *Paris Médical*, année **36**, n° 41, 12 octobre 1946, pp. 441-447.

L'auteur relate l'observation d'une fillette de 8 ans, atteinte d'une myopie bilatérale (2 dioptries pour les deux yeux), chez qui l'examen général montra des stigmates multiples d'hérédo-syphilis : bosses frontales saillantes avec dilatation de la veine médio-frontale, lobules des oreilles soudés, fissures radiées des commissures labiales, écartement des incisives médianes supérieures, gros foie, hydarthrose bilatérale des genoux, etc. Les séro-réactions, tout d'abord entièrement négatives, ont été réactivées 25 jours après une injection d'épreuve de novarsénobenzol (Bordet-Wassermann + +, Desmoulières + + +, Hecht +, Meinicke —, Kahn +). La syphilis était ignorée de la famille, mais la mère était atteinte d'onyxis avec périonyxis de deux doigts. Le père avait eu d'autre part, pendant son service militaire, un accident vénérien suspect.

Il rappelle avec raison que la myopie, surtout lorsqu'elle survient chez un sujet jeune, doit toujours attirer l'attention sur l'hérédo-syphilis et en faire rechercher les signes. Il conseille en conséquence de soumettre les sujets qui en sont porteurs à un examen général systématique portant sur les antécédents personnels et familiaux des malades, la recherche des stigmates d'hérédo-syphilis qu'ils peuvent présenter et les diverses réactions de la syphilis ainsi que l'épreuve de la réactivation de Milian s'il y a lieu.

La myopie ne semble pas, en pareil cas, déterminée directement par le tréponème, mais relever d'un dysfonctionnement endocrinien provoqué par sa toxine.

La constatation d'une hérédité syphilitique de première, de deuxième ou de troisième génération chez ces sujets implique la nécessité d'un traitement antisyphilitique intense et prolongé qui peut améliorer ou tout au moins fixer les lésions. Un traitement opothérapique peut être parallèlement prescrit.

Lucien Périn.

20v. — *Traitement de la syphilis* (Généralités).

M. Mac Cormac. — **Regards sur l'avenir et le passé** (Prospect and retrospect). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, nos 5-6, mai-juin 1946, pp. 97-111, courte bibliogr. anglo-saxonne.

Dès ses débuts, la syphilis a eu un aspect social autant que médical, d'où les efforts prophylactiques et thérapeutiques que la Société a tentés contre elle. A Edimbourg, les syphilitiques étaient bannis dans l'île d'Inchkeit, à Aberdeen les femmes légères étaient marquées au fer rouge sur la joue. Déjà sous Henri II les douze « bourdeaux » des bords de la Tamise, à Londres, étaient soumis à un contrôle strict. Au XVIIe siècle, la syphilis a été particulièrement grave et polymorphe. La découverte du tréponème, de la réaction de Wassermann ont permis d'étendre ce polymorphisme et de contrôler l'action du salvarsan d'Ehrlich (1910). Celui-ci donnait d'excellents résultats (une observation de guérison après une seule injection), d'autant qu'il associait l'action de la pyrétothérapie par la fièvre qu'il provoquait. Mais, dès 1913, des insuccès de l'arsenic faisaient instituer le traitement arsenico-mercuriel (M. Morris) puis arsenico-bismuthique (1921). En 1935, la Ligue des Nations recommande que le traitement soit précoce, dès la phase séro-négative. Mais, dès 1921, Kennaway et Mac Cormac ne trouvaient pas de différence nette dans la clinique et l'évolution de la sérologie, après 8 gr. 70 de novar (0,60 puis 0,90 × 9) que le malade ait été d'abord séro-négatif ou séro-positif, que le traitement ait été purement arsenical ou arsenico-mercuriel; dans la syphilis tardive la sérologie n'est que rarement négativée par un traitement intensif et prolongé. D'ailleurs César Bœck, à Oslo, s'est refusé de 1896 à 1915 à tout médicament qui s'opposerait à l'effort naturel de l'organisme pour éliminer la syphilis; or Bruusgard a retrouvé, en 1928, 309 des 2.181 syphilitiques de Bœck, toujours restés sans traitement et a pu préciser la cause de la mort de 164 autres; 12,8 o/o avaient eu une affection cardio-vasculaire et 9,5 des troubles neurologiques; mais 64,6 o/o étaient restés en bonne santé. En 1930, Stokes constate que des rechutes s'observent dans 10 o/o des syphilis primaires séro-négatives, 8,5 o/o des syphilis primaires séro-positives et seulement 4,16 o/o des syphilis secondaires florides; le fait est confirmé par Moore chez des malades convenablement traités. En 1943, Jones et Maitland signalent que la négativité du sérum n'est souvent qu'apparente et que les « escapades sérologiques » sont fréquentes. La question du traitement de la syphilis est donc loin d'être réglée.

La redécouverte des arsénoxydes par Tatum (1935), la méthode des injections lentes en 5 jours de 4 grammes de novar de Chargin (1935) n'ont pas beaucoup ajouté à ce traitement; la méthode de Chargin s'est même montrée dangereuse par la fréquence de l'encéphalite. On a modifié la technique des arsénones (20 ou 30 jours, après Eagle et Hagan en 1943), on lui a ajouté du bismuth, mais les risques d'ictère n'ont pas diminué depuis les temps anciens (Mac Cormac). Peut-être la pénicilline permettra-t-elle d'atteindre le but visé.

Mac Cormac admet que le bismuth a été un grand progrès dans le traitement de la syphilis tardive (particulièrement cardio-vasculaire qui représente 4,2 o/o de tous les consultants et la syphilis nerveuse qui en donne 13 o/o); la grande diminution des états pré-cancéreux de la bouche paraît due au remplacement, dans les mœurs, de la pipe par la cigarette. Mais le fait que la sérologie n'est guère modifiée par un long traitement dans la syphilis tardive tend à démontrer que sa guérison est improbable ou impossible. D'autre part, il est impossible à aucun

traitement de réparer les dommages déjà causés par le tréponème (aortite, syphilis cérébro-spinale). Enfin le traitement lui-même n'est pas sans fâcheux effets, dont la réaction de Herxheimer est un exemple; de plus, les remèdes ne pénètrent pas dans le système nerveux, pourtant presque toujours envahi par les tréponèmes, dès le début de la maladie, quand des complications neurologiques doivent se produire.

Dans ces conditions est-il utile : 1° d'instituer un système de notification confidentielle de la syphilis à l'autorité sanitaire; 2° d'établir un programme systématique de diagnostic et de traitement de tous les cas de syphilis ? Que devient, dans ce cas, le secret professionnel juré dans le serment d'Hippocrate ?

A. Touraine.

H. et L. Gougerot. — **Le traitement de la syphilis en clientèle,** 5e édition, 1 vol. de 915 pages, 115 fig. Maloine, édit., Paris, 1947.

Voici la cinquième édition, depuis 1914, de ce précieux livre, depuis longtemps classique, indispensable au praticien comme au spécialiste et dont l'éloge n'est plus à faire tant il a été consacré par le succès.

Chaque nouvelle édition a mis le grand public médical au courant des récents progrès de la syphilithérapie et l'ouvrage a pris une telle importance que le nombre de ses pages et de ses figures a doublé depuis ses brillants débuts. Cette dernière édition était particulièrement attendue, car aucun ouvrage français n'a encore fait le point à propos de la pénicillothérapie de la syphilis; ce chapitre trouve ici l'ampleur qui lui convient (pénicilline pure ou associée à d'autres médications, schémas de traitement, résultats, incidents, etc.). A signaler aussi parmi les chapitres nouveaux : une vue d'ensemble sur le traitement du syphilitique aux différentes périodes de sa maladie et de sa vie, les arsénones et arsénoxydes, l'immunité, les syphilis viscérales éveillées par les infections, les hybrides de la syphilis, l'aspect social de la syphilis (secret professionnel, législations nouvelles, éducation du malade, responsabilité médicale, syphilis et accidents du travail, droit commun, etc.).

De plus, le lecteur trouvera dans cet ouvrage un véritable traité de la pathologie générale, de la clinique, du diagnostic de la syphilis, ainsi qu'une étude des réactions sérologiques.

Enfin, et c'est ce qui rend ce livre particulièrement attachant, l'auteur ne reste pas dans le cadre rigide des lois générales d'une syphilithérapie idéale; il sait se plier aux multiples situations dans lesquelles le médecin pourra se trouver; il pense autant au malade qu'au traitement; il est « humain ». Ce livre est, certes, le code du traitement de la syphilis, mais il est, plus encore, celui du traitement du syphilitique.

A. Touraine.

H. Gougerot. — **Les cinq périodes de la vie du syphilitique. Les trois nouveaux traitements de la syphilis. Les modalités actuelles des trois anciens traitements.** *Actualités médico-chirurgicales pratiques*, 1947-1. Lépine, édit., pp. 473-488.

Conférence dans laquelle l'auteur condense la vie du syphilitique en cinq périodes (traitement d'attaque, consolidation, critères de guérison, traitement d'assurance, surveillance). Exposé des diverses principales méthodes du traitement d'attaque, pour lequel l'auteur préfère l'association pénicilline (2.400.000 u. en 8 jours), bismuth (12 injections dont 3 pendant la pénicilline), réserve les arsénoxydes pour les cas urgents, emploie les arsénobenzènes au rythme de 0 gr. 30, puis, le lendemain et tous les 5 à 7 jours, de 0 gr. 75 ou 0 gr. 90. Le traitement de consolidation sera de 2 séries de 12 et 2 séries de 6 injections de bismuth chaque année pen-

dant 2 à 4 ans. Gougerot reste fidèle au traitement d'assurance (4 cures par an pendant 12 ans, mais progressivement plus courtes).

A. Touraine.

A. Vernes. — **Il n'est pas besoin de bombe atomique...** *Conférence de l'Institut Prophylactique*, 8 février 1946, brochure de 37 pages, 15 figures.

Après un bref rappel de l'histoire, de la dispersion et de la clinique de la syphilis, l'auteur s'étend beaucoup plus longuement sur la pallidine produite par le tréponème et les lipoïdes phosphorés (péréthynols A et B) qui entrent en jeu dans la réaction de Vernes, sur le principe et la technique photométrique de cette réaction. Il indique ensuite sa conception du traitement de la syphilis (graphiques à l'appui), lié à l'évolution de la courbe photométrique des réactions sanguines (syphilimétrie) et dont il analyse les variantes selon les différentes formes de la maladie. « Le moins infidèle de tous les médicaments, dans ses effets à longue portée, est le mercure ». [L'action de la pénicilline n'est jaugée, dans cette brochure, que par une seule observation sommaire : « action nulle à la dose de 40.000 U. par jour pendant 15 jours, chez un hérédo-syphilitique de 11 ans atteint de kératite interstitielle », *An.*]. L'auteur rappelle enfin les avantages qu'il voit dans les applications de la syphilimétrie au traitement de la syphilis.

A. Touraine.

J. Watrin et J. Lesure. — **Traitement de la syphilis récente à Nancy de mai 1946 à mai 1947.** *Revue médicale de Nancy*, t. **73**, 1er-15 janvier 1948, pp. 36-38.

19 syphilis primaires présérologiques, dont 17 traitées par arsenic-bismuth et 2 par pénicilline (2.400.000)-bismuth; toutes restées séro-négatives.

22 syphilis primaires sérologiques traitées par arsenic-bismuth; 17 devenues négatives dont 4 après 1 série, 9 après 2, 4 après 3.

80 syphilis secondaires. 63 traitées par arsenic-bismuth dont 54 utilisables : 31 devenues négatives après 1 série, 6 après 2, 3 après 3. 15 traitées par pénicilline-bismuth dont 7 utilisables : 4 négatives en 1 à 2 mois, 3 restées positives après 2 mois.

A. Touraine.

G. de Corganoff. — **Réflexions sur le traitement d'attaque de la syphilis récente.** *La France Médicale*, année **10**, n° 1, janvier 1947, pp. 3 à 5.

L'auteur rappelle quelques vérités élémentaires en matière de syphilithérapie et quelques-uns des schémas habituels de traitement. Il paraît se déclarer en faveur des traitements combinés et continus tels que par la méthode alternante de Milian, tout en laissant une part importante à la pénicilline avec bismuth ou mercure.

A. Touraine.

Journée de Dermato-Vénéréologie de Namur, 28 juillet 1946. Conclusions générales.

Les deux acquisitions récentes de l'arsenal thérapeutique antisyphilitique, la pénicilline et les arsénoxydes, ont une activité indiscutable et puissante vis-à-vis des lésions cutanées et vis-à-vis de la sérologie.

A défaut de recul du temps on ne peut, à l'heure présente, émettre un avis sur les résultats éloignés de ces médications.

En ce qui regarde la pénicilline, il apparaît clairement que la dose de 2.400.000 U. utilisée d'abord est insuffisante pour assurer la stérilisation du malade. Des doses plus généreuses atteindront-elles ce résultat ? Certains l'espèrent. Un recul de plusieurs années sera indispensable pour permettre d'établir le fait de manière certaine.

Jusqu'à nouvel ordre, il sera prudent de ne considérer la pénicilline que comme



un médicament d'appoint à utiliser conjointement avec les médicaments classiques.

Les cures triples, pénicilline-arsenic-bismuth, appliquées dans certains services ne paraissent plus recommandables. On leur préférera l'association pénicilline-bismuth. La pénicilline remplacera les arsenicaux dans la cure d'attaque. Après négativation de la sérologie, le traitement sera continué par le bismuth.

La pénicilline sera précieuse chez les malades à organes déficients tolérant mal l'arsenic ou le bismuth.

Les arsénoxydes, qui semblent donner moins d'accidents graves que le novarsénobenzol, pourront remplacer celui-ci dans les cures d'attaque. On les associera eux aussi au bismuth.

Le bismuth apparaît à bon nombre d'auteurs comme la médication de fond de la syphilis. Dans certains cas, notamment chez les malades éloignés des centres ou qui ne peuvent prendre les précautions indispensables pour éviter dans la mesure du possible les accidents des arsenicaux, il pourra même être utilisé seul.

De toute manière, la cure mixte arséno-bismuthique sera limitée au traitement d'attaque. En raison de ses dangers, on ne la prolongera guère au delà de la négativation de la sérologie.

La durée du traitement antisyphilitique dépendra du moment où il est commencé, du comportement de la sérologie, de la résistance du malade, etc. Divers syphiligraphes estiment que, dans bon nombre de cas de syphilis primo-secondaire, un traitement de deux ans sera suffisant. De toute façon, il faudra faire un minimum de huit séries de piqûres : une ou deux cures mixtes arséno-bismuthiques, trois ou deux cures de bismuth liposolubles, quatre cures de bismuth insoluble.

LOUIS VISSIAN.

Progress in the treatment of syphilis. *British Medical Journal*, May 1947, p. 766.

Avec l'enthousiasme et leur courage dans l'expérimentation, les Américains ont une avance notable dans les traitements antisyphilitiques. Après un bref rappel des traitements de 1931 et 1932, on arrive à Chargin, Leifer et Hyman qui de 1935 à 1940 publient 400 cas de traitement par goutte à goutte intraveineux, les 111 premiers avec de la néoarsphenamine, les autres avec du mapharside. Dans le premier groupe, 43 névrites périphériques et une mort par encéphalopathie hémorragique. Dans le deuxième groupe, la statistique est meilleure. La méthode des cinq jours fut employée et, en 1945, Earle Moore dit que le pourcentage de guérisons est aussi fort qu'avec les traitements de 12 à 18 mois. Mais du point de vue des malades, les risques sont beaucoup plus grands 1/400 de décès dans les traitements courts contre 1/15.000.

Eagle et Hagan firent des expériences sur le lapin et comparèrent les effets de traitement variant du goutte à goutte pendant 6 à 24 heures à l'injection hebdomadaire pendant 6 semaines. Quel qu'ait été l'intervalle des injections, [illegible] heures à une semaine, la dose curative s'est toujours située entre 4 et 8 milligrammes par kilogramme. Mais plus le temps de traitement était prolongé plus la tolérance était grande.

Des essais cliniques furent alors entrepris en 3 injections par semaine de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 de mapharsen pendant 9 à 12 semaines et guérirent 82 o/o des cas de syphilis primaire.

Sur 4.823 malades, 106 ont dû arrêter le traitement pour effets toxiques dont 2 encéphalopathies.

D'autres expériences furent faites dans l'armée américaine entre avril 1943 et janvier 1944 et actuellement où on injecte 3 fois par semaine du mapharside pen-

dant 9 à 12 semaines ou quotidiennement pendant 20 jours. La néoarsphénamine a été abandonnée.

Pour les neurosyphilis, les différents traitements combinés, malariathérapie et fièvre artificielle; mapharside plus pyrétothérapie; mapharside, pyrétothérapie plus bismuth, n'ont pas encore donné des résultats probants.

Enfin l'action de la pénicilline est évoquée. La conclusion est que la valeur de celle-ci dans la thérapeutique antisyphilitique n'est pas encore connue.

M. Mansour.

Divers. — **Traitement de la syphilis.** *British Medical Journal*, n° 4520, 23 août 1947, p. 307.

Réunion de la Medical Society of the L. C. C., 2 juillet 1947.

W. N. Mascall dit qu'il n'y a pas actuellement de traitement standard de la syphilis récente; le dosage de la pénicilline varie entre 2,5 et 16 millions d'unités; dans quelques cas, il y fut adjoint l'arsenic et le bismuth, dans d'autres pas. Il continue à préférer 2.400.000 en 7 jours si le malade peut être hospitalisé, sinon une injection quotidienne de 500.000 pendant 10 jours dans l'éthyle-oléate. Après cette série, une injection hebdomadaire de néoarsphénamine à 0,60 et d'oxychloride de bismuth (0 gr. 40). Ceci pendant 10 semaines. Pas d'autre traitement, sauf changement dans les réactions sérologiques du sang ou du liquide céphalo-rachidien.

A. J. King ouvrit la discussion sur le traitement de la syphilis tardive, excluant la neuro-syphilis et la syphilis cardio-vasculaire. Deux types de cas : ceux avec gommes et les cas étiquetés syphilis tardive latente, diagnostic établi sur les séro-réactions positives. Le but du traitement était de cicatriser les lésions, de rendre les malades non contagieux et d'empêcher l'apparition de nouvelles lésions. La guérison dans le sens de l'élimination du dernier microbe infectant n'était pas le but primitivement recherché comme dans la syphilis récente, ni même la négativation des réactions sérologiques, car ceci n'a pas une grande importance pronostique finale. Avec un traitement adéquat, le séro-résistant avait autant de chances d'être à l'abri de lésions évolutives que celui qui se négativait rapidement. Au début du traitement, le terrain devait être préparé par des médicaments peu réactivants, tels que 0 gr. 20 de bismuth hebdomadaire, 0 gr. 32 d'iodure de potassium trois fois par jour en augmentant jusqu'à la limite de la tolérance, 6 grammes par jour. Après un mois de ce traitement, on pouvait utiliser des substances plus actives. La pénicilline cicatrisait rapidement les gommes, mais n'était pas plus active que les autres remèdes pour la négativation des réactions sérologiques. Son utilisation dans la syphilis tardive latente était basée sur ce que l'on savait de son action sur la syphilis récente et tardive. Elle doit être associée à d'autres médications qui ont déjà montré leur action protectrice, quand utilisées à des doses convenables.

On avait peu d'avantages à faire plus de 2.400.000 unités, soit en 60 injections de 40.000 pendant 7 jours 1/2, soit 150.000 unités deux fois par jour de pénicilline calcique dissoute dans le mélange huile-cire pendant 8 jours. Puis, suivant l'âge, la tolérance et l'état général du sujet, deux et si possible trois séries mixtes de 5 gr. 85 de néoarsphénamine et 4 grammes de bismuth espacées de quatre semaines. Après ceci, le traitement doit être arrêté quelles que soient les réactions sérologiques. Si le sujet est une femme et qu'elle devient enceinte, la reprise du traitement devient nécessaire.

Neuro-syphilis. — W. D. Nicol décrivit son traitement, institué après un examen complet du liquide céphalo-rachidien : numération, albumine, réaction à l'or col-

loïdal et le Bordet-Wassermann. La majorité des liquides devenaient négatifs dans les trois ans. Quand on avait deux résultats consécutifs, on pouvait croire le malade à l'abri des récidives. Pour les cas aigus de paralysie générale, les meilleurs résultats furent obtenus par l'association de la malariathérapie et de tryparsamide, plutôt que par la malariathérapie seule. La pénicilline était actuellement couramment employée soit seule, soit associée avce la malariathérapie. Dans ies cas avancés, son utilistion était remarquable, car elle améliorait nettement l'état général et pouvait ainsi permettre l'adjonction de la malariathérapie par la suite. Ce qui frappait pendant la pénicillothérapie, c'était la nette amélioration clinique, chose rare, sinon jamais vue pendant la malariathérapie.

M. Whelen dit que dans la malariathérapie, la chose importante était la hauteur de la température; si elle n'atteignait pas 39°4, elle n'avait aucune action thérapeutique. Au Horton Center, la température était prise tous les quarts d'heure pendant qu'elle était élevée.

M. Mansour.

P. A. O'Leary et R. R. Kierlaud. — **Traitement actuel de la syphilis** (To days's treatment of syphilis). *The J. A. M. A.*, **132**, n° 8, 26 octobre 1946, pp. 430-434.

D'après les rapports officiels, le traitement « stantard » (2.400.000 U. en 7 jours et 1/2) de la syphilis par la pénicilline donne une sérologie négative en 7 mois dans 70 o/o des cas chez les malades ayant la syphilis depuis moins de deux semaines, et dans 38 o/o des cas de ceux dont la syphilis remonte à plus de 8 semaines. Parmi les quatre fractions de pénicilline (G, X, F et K) la fraction K serait la moins active à cause de sa rapidité d'excrétion et cette pénicilline K serait responsable des échecs enregistrés, mais cette question reste à l'étude.

Les auteurs rappellent la méthode préconisée par U. J. Wile (5 injections d'arsénoxyde + 1.200.000 U. O. + 3 injections de Bi, en 10 jours). De même, ils ont été rapidement convaincus que la pénicilline seule même aux doses de 6.000.000 et 8.000.000 en 10 jours donnaient des échecs dans 40 o/o des cas. De sorte que les doses supérieures à 2.400.000 U. n'augmentaient pas les chances de succès.

Ils ont alors essayé le traitement suivant : dès le diagnostic posé : 4 injections quotidiennes de mapharsen (o gr. 04 par jour), puis 7 jours et demi de pénicilline (2.400.000 U.), puis 10 injections de 0,01 de salicylate de bismuth (tous les cinq jours). Au total : 11 jours et demi d'hospitalisation et un traitement de 62 jours

L'arsenic administré à doses plus fortes expose certainement à des accidents (méthode des 5 jours par exemple) et le traitement conseillé leur paraît la méthode la plus raisonnable.

L'efficacité de la pénicilline buccale est encore à démontrer. La valeur de la pénicilline-retard (300.000 U. par injection quotidienne) est encore à l'étude; elle éviterait l'hospitalisation.

Dans la syphilis cutanée tardive et dans la syphilis osseuse, une ou deux cures de pénicilline à 4 mois d'intervalle donne de remarquables résultats. Bien que les réactions sérologiques se maintiennent positives (même 3 ans après) ; il n'y a eu, dans aucun cas, récidive clinique.

La pénicilline agit non seulement sur le processus syphilitique mais aussi sur les microbes associés, ce qui explique son action remarquable dans les ulcérations gommeuses du nez ou du voile, où l'association arsenic-bismuth était parfois inopérante.

Même action remarquable dans les lésions viscérales gommeuses (foie, estomac). Par contre, aucune action nette dans la syphilis cardio-vasculaire (mais l'action de tout traitement spécifique est difficile à apprécier chez ces malades). Mais quel pourcentage d'aortite l'avenir réserve-t-il aux syphilis récentes traitées par la pénicilline ?

Dans les syphilis sérologiques, un traitement de 6.000.000 en 10 ou 14 jours est préconisé par les auteurs mais s'est avéré incapable d'obtenir la négativation. Deux séries par an de 20 injections de bismuth, pendant 3 ans, leur paraissent préférables.

Pour la neurosyphilis, les résultats paraissent encore d'interprétation délicate. Les doses doivent être d'au moins 4.000.000 U. pour chaque cure répétée tous les 3 ou 6 mois (16.000.000 U. pour certains malades). Ce traitement ne doit pas remplacer la malariathérapie et peut être combiné avec elle.

Au cours des réactions méningées, la pénicilline seule peut amener une baisse de la lymphocytose parfois jusqu'à la normale mais l'hyperalbuminose s'atténue plus lentement, les autres tests (benjoin, Bordet-Wassermann) pouvant persister assez longtemps et peu de ces malades ont présenté un liquide céphalo-rachidien normal après pénicillothérapie seule.

Dans la syphilis nerveuse, la pénicilline sera toujours associée soit à la malariathérapie, soit à la pyrétothérapie. Elle paraît très uitle dans l'atrophie optique dont elle arrête l'évolution quand elle est associée à la malaria et semble, dans tous les cas, renforcer l'action de la pyrétothérapie.

Ils considèrent la pénicilline comme le meilleur traitement de la syphilis chez la femme enceinte (1 cure au 3e mois et 1 cure au 7e mois). Pour White, 1 femme sur 100 seulement donnerait naissance à un enfant syphilitique. Dans la syphilis congénitale, les résultats sont moins brillants : la kératite interstitielle résisterait à la pénicilline, mais les périostites et les lésions gommeuses sont rapidement guéries. La neurosyphilis congénitale est heureusement influencée par l'association malaria-pénicilline.

[Revue d'ensemble résumant les conquêtes et les limites de pénicillothérapie par un des plus éminents syphiligraphes américains dont nous voudrions citer textuellement la phrase suivante extraite du même article : « l'intérêt de la pénicilline réside plus dans sa rapidité d'administration et son absence de toxicité que dans une plus grande valeur thérapeutique. » *An.*] L. Golé.

Conduite à tenir dans la syphilis (The management of syphilis). *The Journal of the American Medical Association*, t. **134**, n° 18, 30 août 1947, pp. 1535-1540 (1 tableau).

Étude assez longue, mais ne donnant aucun fait nouveau.

Division des phases de la syphilis en 15 subdivisions. Pour chacune, les auteurs exigent un critère de certitude pour effectuer le traitement; il faut se méfier des fausses réactions sérologiques.

Les auteurs donnent ensuite pour chaque subdivision les doses des médicaments employés : pénicilline, chlorure d'oxophénarsine et bismuth.

M. Balter.

F. Reynolds et J. E. Moore (Baltimore). — **Syphilis. Revue de la littérature récente** (Syphilis. A review of the recent literature). *Archives of Internal Medicine*, t. **80**, n° 6, décembre 1947, pp. 799-840, longue bibliogr.

Importante revue générale, sans notion nouvelle, des différents traitements de la syphilis (bismuth et sa stomatite, arsenic et ses accidents, B.A.L. et, surtout, pénicilline, ses techniques, ses résultats cliniques et biologiques).

A. Touraine.

Morris Leider. — **Confusion et changements dans les conceptions du traitement et de la guérison de la syphilis** (Semantic confusion and resolution in the concepts of cure in syphilis and of reinfection with syphilis). *American Journal of Syphilis*, juillet 1946, pp. 344-351.

1° Pendant l'ère pré-arsenicale, il ne pouvait y avoir de réinfection, même si l'on obtenait une guérison symptomatique et bactérioogique; seules la surinfection et

la réactivation pouvaient être invoquées. La guérison absolue devait être impossible à cette période de traitements légers.

2° La syphilis de la période arsenicale pouvait et était rarement l'objet de réinfection. La certitude de la réinfection était difficile à cause de sa rareté et de sa similitude avec la rechute, la superinfection et la réactivation.

3° La syphilis du présent immédiat et du proche futur est et sera plus marquée par des réinfections plus nombreuses; avec le changement radical de la moyenne de durée du traitement, la réinfection sera plus facilement reconnue et pourra servir de critérium de guérison ? [*An.*].

4° Le fait que la syphilis devient rapidement et totalement curable changera les conceptions de l'immuno-allergie et celles du contrôle des maladies vénériennes.

M. MANSOUR.

G. Marshall CRAWFORD (Boston). — **Syphilis.** *The New England Journal of Medicine*, t. **236**, n° 8, 20 février 1947, pp. 280-288, 161 indicat. bibiogr.

Importante revue générale des travaux récents sur le traitement de la syphilis.

Accidents de l'arsénothérapie. — Chez 14 malades de Leifer qui avaient présenté un érythème du neuvième jour, la reprise du traitement arsenical a été suivie d'accidents graves (ictère, agranulocytose, néphrite). Rappel de l'épidémie d'ictères qui, de 1941 à 1944, a frappé 50 o/o des sujets traités en Angleterre par injections et qui était une hépatite infectieuse transmise par les seringues. Mention du B. A. L. et des bons résultats obtenus par Eagle dans 200 cas d'intoxication arsenicale (44 guérisons sur 55 encéphalites hémorragiques, dans 80 o/o de 51 érythrodermies, 10 sur 11 agranulocytoses, 5 sur 14 ictères arsénobenzoliques; pas d'effet dans l'anémie aplastique; possibilité d'abcès ou de cellulite au lieu de l'injection).

Pénicillothérapie. — Rappel des recherches expérimentales, des méthodes d'administration, des résultats dans la syphilis récente, au cours de la grossesse, dans les syphilis congénitale, latente, oculaire, rénale, cardio-vasculaire, nerveuse. Réactions à la pénicilline, etc.... A. TOURAINE.

E. GARCEAU. — **La syphilis en clientèle.** *Union Méd. du Canada*, **76**, n° 8, août 1947, pp. 957-959.

Brève revue d'ensemble sur les trois périodes de la syphilis. Pour le traitement, l'auteur se déclare en faveur des méthodes classiques arséno-bismuthiques et ne se prononce pas sur la valeur de la pénicillothérapie. L. GOLÉ.

H. GOUGEROT et R. DEGOS. — **Notions actuelles sur les traitements d'attaque des syphilis récentes en France.** *Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien*, Paris, 20-25 octobre 1947. *La Prophylaxie antivénérienne*, année **19**, n° 12, décembre 1947, pp. 780-791.

Vue d'ensemble sur les traitements par les arsénones (pas plus actifs ni mieux tolérés que les arsénobenzols), le bismuth seul (égal à l'arsenic dans ses effets immédiats sur la clinique et la sérologie), la pénicilline seule ou surtout associée au bismuth et, parfois, au cyanure de mercure (Touraine) ou à l'arsenic (Merklen).

La préférence des auteurs va à l'association pénicilline-bismuth simultanés.

A. TOURAINE.

N. GRECO (La Plata). — **Traité des bases, des directives et de la pratique du traitement moderne de la syphilis avec notes de prophylaxie** (Tratado de las bases, direccion y practica del tratamiento moderno de la sifilis con notas de profilaxis). Un volume de 838 pages, *La Semana Medica*, édit., librairie Vasquez, Buenos-Aires, 1946, bibliogr.

Cet important ouvrage du Professeur de dermato-syphiligraphie de La Plata est divisé en 6 grands chapitres suivants :

1° Lois générales des directives et de la pratique de la syphilithérapie (24 pages).

2° Conception actuelle de la syphilis (65 p.) : grandes périodes de la syphilis acquise et leurs processus de pathologie générale; syphilis héréditaire de première génération et des suivantes.

3° Facteurs qui concourent à l'efficacité du traitement (559 p.) : le virus syphilitique; réactions de l'organisme (immunité, allergie, séro-réactions); chimiothérapie (principes, mercure, arsenicaux et leurs accidents, bismuth et ses accidents, zinc, vanadium, or, antimoine, iodures, impaludation, pénicilline, hygiène, etc.); applications aux diverses formes de la syphilis.

4° Plans et schémas de traitement standard (45 p.) : discontinu, continu, etc.

5° Prophylaxie (51 p.), individuelle, familiale, sociale; statistiques.

6° Appendices : syndromes neuro-psychiques de la syphilis; le prurit dans la syphilis; les névrodermites syphilitiques; l'alcalinothérapie.

Cet ouvrage se recommande par sa riche documentation et la haute expérience de l'auteur. Il rendra de grands services à tous les syphiligraphes et fera le point de ce que fut la syphilithérapie en 1946, au début de la pénicillothérapie.

A. Touraine.

H. Leavitt (Brooklyn). — **Le traitement rapide de la syphilis ; comparaison des résultats de 5 méthodes** (The rapid treatment of syphilis : comparaison of results using five treatment methods). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 27-40, 6 tableaux, courte bibliogr.

L'arsénothérapie massive a donné, d'après le Service de Santé officiel des U. S. A. sur 4.351 cas, 85,7 o/o de résultats satisfaisants dans la syphilis primaire et 70,4 o/o dans la secondaire. La méthode d'Eagle (3 mapharsen et 1 bismuth par semaine) a donné 82 o/o de guérisons et 9,3 d'échecs 50 à 70 semaines après le début d'un traitement qui a duré 9 à 12 semaines. La méthode des 5 jours (1 gr. 2 d'arsénoxyde) a donné 10,4 o/o de récidives de syphilis secondaires en 12 à 15 mois; mêmes résultats par la méthode des 8 jours. La pénicilline seule (2.400.000 U. en 8 jours) a obligé à traiter de nouveau 32,5 o/o des cas de syphilis primaire séropositive et 31,3 des syphilis secondaires.

L'auteur a traité 764 malades à New-Mexico dont 539 suivis au moins 6 mois, 305 au moins 9 mois, 132 au moins 12 mois, selon 6 schémas de traitement (détails donnés). La méthode de Schoch modifiée (20 mapharsen de 0 gr. 06 6 jours par semaine, 1 bismuth par semaine pendant 12 semaines) a donné 8 mauvais résultats sur 15 syphilis secondaires. La méthode des 25 jours (22 injections de mapharsen à raison de 6 par semaine; 0 gr. 20 de bismuth toutes les 5 injections de mapharsen) a donné 50 o/o d'insuccès. La pénicilline seule (2.400.000 U. en 7 jours et demi) a donné, sur 75 malades, 18,7 o/o de résultats non satisfaisants. Le schéma 8-6-3 (en 8 jours : 600.000 U. de pénicilline, 8 mapharsen, 3 bismuth) a donné 20 o/o de résultats insuffisants en 12 mois dans 43 syphilis secondaires, 45,4 en 9 mois et 40 en 12 mois dans 261 cas de syphilis à toutes périodes. Le schéma 5-12-3 (en 9 jours : 5 mapharsen, 1.200.000 U. de pénicilline, 3 bismuth) a donné, dans 76 cas presque tous de syphilis latente, 26 o/o d'échecs en 6 mois et 80 o/o en 9 mois.

La meilleure méthode a donc été celle du schéma 8-6-3; mais elle s'est montrée la plus toxique (13 érythèmes de Milian sur 31 au total, 7 réactions d'Herxheimer sur 18, 1 dermatite grave sur 5, 2 encéphalopathies guéries au B. A. L. sur 21.

A. Touraine.

S. Olansky et R. Beck (Washington). — **Le traitement rapide de la syphilis prénatale** (Rapide treatment of prenatal syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, nº 1, janvier 1947, pp. 51-56, 2 tableaux, 2 indic. bibliogr.

147 femmes enceintes et atteintes de syphilis récentes ont été soignées selon différents schémas. Les résultats sur la grossesse ont été les suivants :

1° *Arsenic et bismuth* (1 gr. 20 de mapharsen en goutte à goutte et en 5 jours, 8 bismuth) 72 femmes : 3 avortements, 4 mort-nés, 6 prématurés, 59 accouchements à terme.

2° *Pénicilline* (2.400.000 U. en 60 injections) : 21 femmes : 1 avortement, 1 mort-né, 19 à terme

3° *Mixte* (600.000 U. de pénicilline, mapharsen et bismuth : schémas 8-6-3 et 5-12-3) 46 femmes : 1 avortement, 1 mort-né, 4 prématurés, 40 à terme.

A. Touraine.

J. Heller. — **Résultats des traitements rapides de la syphilis récente** (Results of rapid treatment of early syphilis). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, nº 9, septembre 1946, pp. 217-225, 4 tableaux.

Environ 8.000 malades ont été traités selon 11 schémas différents, variant les combinaisons entre pénicilline, mapharsen et bismuth ou par un ou deux de ces produits seulement. 1.058 insuccès ont été notés dont les deux tiers du fait d'une rechute clinique, 8 o/o par réinfection probable, 8,7 par rechute sérologique, 11,2 par aggravation sérologique et 5,6 par sérorésistance, dans les 12 à 15 mois qui ont suivi le traitement.

Il n'y a pas de différence appréciable entre les traitements à la pénicilline seule et ceux dans lesquels la pénicilline à plus faibles doses a été associée aux arsénoxydes. Il en est de même si la dose de pénicilline, employée seule, a été de 600.000 U., de 1.200.000 U. ou 2.400.000 U.

Les meilleurs résultats sont ceux qui ont été obtenus par la succession de 1.200.000 U. de pénicilline en 9 jours, puis de 4 à 6 milligrammes par kilogramme d'arsénoxyde, puis de 600 milligrammes de bismuth; moins bon est le schéma précédent sans bismuth; moins bon encore est le traitement à la pénicilline seule.

Il n'y a pas de différence appréciable si l'on injecte 40.000 U. de pénicilline toutes les 3 heures pendant 4 jours ou 40.000 U. toutes les 6 heures pendant 8 jours.

La mortalité est nulle par la pénicilline seule; elle est de 1 pour 4.312 par pénicilline-mapharsen-bismuth, de 1 pour 1.873 par arsenic en injections multiples, de 1 pour 149 par arsenic par la méthode des 5 jours. A. Touraine.

J. R. Heller. — **Résultats du traitement rapide de la syphilis récente** Results of rapid treatment of carby syphilis). *The J. A. M. A.*, **132**, nº 5, 5 octobre 1946, pp. 258-263.

Statistique de 8.000 cas de syphilis récente analysant les résultats après 12 à 15 mois d'observation. Dans l'ensemble, les résultats sont meilleurs chez les malades traités pendant la période présérologique que chez ceux traités à la période secondaire ou après une rechute consécutive à un premier traitement d'attaque. Il n'y a aucune différence appréciable entre les résultats obtenus avec la pénicilline seule ou avec pénicilline à doses moins fortes et arsénones associés. Pas de grande différence entre les divers dosages de pénicilline (de 600.000 à 2.400.000), mais l'efficacité du traitement est probablement accrue par l'adjonction de bismuth.

Aucun décès avec la pénicilline seule, par contre l'association d'arsénoxyde augmente la mortalité (1 cas sur 149 dans le traitement des cinq jours et 1 pour 1.879 cas dans la méthode des 11-20 jours).

B. Webster souligne l'intérêt de l'association pénicilline-bismuth. Il pense que les rechutes étaient surtout fréquentes avec les premières préparations de pénicilline commerciale qui contenaient une assez grande quantité de pénicilline K (laquelle était rapidement détruite dans l'organisme et relativement peu efficace contre le tréponème) alors que la pénicilline G, qui est plus tréponémicide, se trouve actuellement en plus grande quantité dans la pénicilline du commerce.

L. Golé.

D. Pillsbury et A. Loveman. — **Résultats suivis 6 à 12 mois du traitement de la syphilis récente par une méthode arsénobismuthique intensive en 20 jours** (Six to twelve-month follow-up results in early syphilis treated by a twenty-day intensive arsenobismuth system). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 115-123, bibliogr.

Arsénoxyde à la dose totale de 2 centigrammes par kilogramme de poids, en 20 injections quotidiennes. Simultanément, 1 gr. 28 de salicylate de bismuth en 8 injections (quelquefois continuées par 10 injections hebdomadaires). Sur 1.343 sujets, 96,3 o/o ont suivi ce traitement complet, pas de mort (606 s. primaires séronégatives, 504 s. primaires séropositives, 174 s. secondaires, 59 s. latentes). La sérologie est restée négative dans 95 o/o aussi bien après 6 qu'après 12 mois (76 o/o pour les s. latentes); les rechutes sérologiques se sont surtout produites lorsque le titre de la réaction de Kahn initiale dépassait 40 unités. Le liquide céphalo-rachidien est resté négatif dans 99,2 o/o.

A. Touraine.

F. Kalz et B. Dean (Montréal). — **Valeur des diverses thérapeutiques dans la syphilis récente** (An evaluation of various forms of therapy in early syphilis). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **57**, n° 3, septembre 1947, pp. 221-227, 11 tableaux, courte bibliogr.

De l'étude de 242 malades, les auteurs concluent (nombreux tableaux de détails à l'appui) que le mapharsen provoque parfois (6,6 o/o) de légères réactions toxiques mais presque jamais de graves, s'il n'est pas donné plus de trois fois par semaine. La néoarsphénamine donne quelques réactions fébriles, parfois assez importantes pour être un obstacle à la pratique courante. L'arsénothérapie massive, en 5 jours, a donné 4 o/o d'encéphalopathies. Le schéma le plus actif est : pénicilline seule ou avec faibles doses d'arsenic ou de bismuth.

Le délai moyen pour la négativation complète de la sérologie a été de 29 semaines (22 avec l'arsénoxyde 2 fois par semaine, 32 avec la néoarsphénamine, 7 avec l'arsphénamine, 42 avec la méthode en 5 jours).

Les échecs (en 1 à 7 ans) ont été de 24 o/o avec la méthode en 5 jours, de 2 o/o avec le mapharsen 2 fois par semaine, de 12,7 avec les arsenicaux une fois par semaine. La résistance au traitement n'est que relative et cède presque toujours par élévation de la dose ou changement de produit. Avec la pénicilline à 2.000.000 u. les échecs ont été de 10 à 20 o/o. Expérience insuffisante pour la pénicilline associée à l'arsenic ou à un métal lourd. A. Touraine.

D. Dexter (Baltimore). — **Le traitement intensif de la syphilis récente** (The intensive treatment of early syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 533-541, 3 tableaux, 2 diagrammes, bibliogr.

110 syphilitiques récents ont été traités simultanément par le mapharsen (3 injections par semaine pendant 9 à 15 semaines, à la dose de 1 mg. par kg.) et le bismuth (1 injection hebdomadaire de 0 gr. 20 pendant 10 semaines).

Résultats sérologiques : 76 sont restés ou devenus négatifs (dont 6 chancres primitivement négatifs) dont 71 en un an, 3 en 2 ans et 2 en 3 ans. 4 syphilis secon-

daires ont eu des rechutes (1 sérologique, 3 cliniques), 1 est restée séro-résistante. 73 liquides rachidiens, examinés 6 mois plus tard, sont restés normaux. Les réactions toxiques (vomissements, céphalée, malaise) ont toujours été légères sauf 1 stomatite bismuthique, 4 dermatites arsenicales, 3 agranulocytoses, 2 ictères.

Sur 560 syphilitiques traités par le mapharsen seul ou associé au bismuth, 226 ont déserté le traitement avant la fin de la cure (30 o/o dans la statistique de Shaffer, 1945, 25 o/o dans celle de Mac Farlane, 1946). A. TOURAINE.

G. W. CSONKA et J. GRAHAM (Glasgow). — **Comparaison entre la pénicilline et l'arsenic intensif dans le traitement de la sypilis récente** (Vergleich der Penicillin- und intensiven Arsentherapie bei der Behandlung der Frühsyphilis). *Wiener medizinische Wochenschrift*, année **97**, nos 24-25, 21 juin 1947, pp. 277-281, 1 tableau.

250 cas traités par pénicilline (2.400.000 u. en 7 jours et demi) et 250 cas par mapharsid (1 gr. 50 au total en 20 injections en 20 ou 30 jours, avec maximum de 0 gr. 07) et bismuth conjugués.

Peu de différence dans le nombre des guérisons (90 o/o avec la pénicilline, 86 avec l'arsenic), mais les réactions sont si fréquentes (82 o/o) et souvent (42 o/o), si intenses après l'arsénothérapie massive que celle-ci ne peut être conseillée dans les conditions normales; avec la pénicilline, réactions légères dans 66 o/o. La pénicilline, avec adjonction de bismuth, est la méthode de choix.

A. TOURAINE.

S. LAPIERE. — **Le traitement de la syphilis par les arsénoxydes.** *Bruxelles Médical*, no 23, 8 juin 1947, pp. 1273-1280.

L'auteur reproche au traitement classique novar-bismuth, la longue durée des cures (4 ans) et les accidents (encéphalopathies, érythrodermies) plus fréquents (pour des raisons inexpliquées) ces dernières années.

Le traitement par le bismuth seul n'expose pas aux mêmes accidents, mais les cures restent longues et, de plus, son pouvoir de blanchiment est plus faible (d'où moindre valeur prophylactique sociale).

La pénicilline, en cure classique de 7 jours, n'a pas donné les résultats escomptés et, tout compte fait, le traitement a dû y associer les autres antisyphilitiques.

Dès 1945, l'auteur a employé un arsénoxyde de fabrication belge : la Dipharsine, analogue au Chlorarsen et au Fontarsol.

Il a essayé la cure rapide, en 4 à 5 jours, inadmissible à cause du pourcentage d'accidents mortels (1/100 à 1/500); la cure semi-rapide de Pillsbury (1 gr. 20 à 1 gr. 50 en 15 à 20 jours, à raison de 0 gr. 06 à 0 gr. 12 par jour), mais le malade doit être hospitalisé; il faut deux cures avec une série de bismuth dans l'intervalle.

La méthode des 26 semaines (40 injections de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 deux fois par semaine) et repos de 6 semaines au milieu de la cure, avec 16 injections de bismuth au début, au milieu et à la fin) a la préférence de l'auteur qui ne fait pas de repos intermédiaire avec 4 grammes comme dose totale et 16 injections de bismuth.

Les résultats du traitement novar-bismuth de un an et demi et de la cure Diphar-sine-Bismuth de cinq mois sont exactement comparables (15 o/o de mauvais cas pour l'une et l'autre méthode). Pas un accident grave sur 7.000 injections (25 o/o d'ictère bénin que l'auteur considère, comme les auteurs anglo-saxons, comme une infection transmise par les seringues, d'où mesures particulières à prendre). Donc la méthode est préférable à la cure classique mixte novar-bismuth qui a donné à l'auteur 12 o/o d'accidents sérieux, 1 o/o de décès et 2 o/o d'érythrodermie.

Reste la question des résultats tardifs qui ne peut encore être résolue.

L. GOLÉ.

Silverio Gallego Calatayud. — **Les systèmes modernes nord-américains de traitement continu de la syphilis. Le système dénommé « système militaire de vingt-six semaines »** (Los modernos sistemas norteamericanos de tratamiento continuo de la syfilis. El llamado « sistema militar de veintiseis semanas »). *Lecturas dermosifiliograficas de actualidad. Medicina espanola*, vol. **66**, t. **12**, juillet 1944, p. 88.

On fait en 26 semaines 40 injections d'arsénoxyde et 17 de bismuth. La méthode peut se schématiser en représentant chaque semaine par un trait vertical, les injections de bismuth par une croix et celles d'arsénoxyde par un petit cercle :

```
I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I
X X X X X           X X X X X X           X X X X X
o o o o o o o o o o             o o o o o o o o o o
o o o o o o o o o o             o o o o o o o o o o
```

Les réactions sérologiques doivent être pratiquées au commencement et à la fin de la cure ainsi que trois mois et six semaines après la fin du traitement. Si, à tous ces moments, les investigations sont négatives le résultat du traitement est considéré comme satisfaisant (Segun Stokes, Beerman y Scherer Wamomock. *The Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, 1943, **206**, 251). J. Margarot.

Th. Sternberg et W. Leifer. — **Le traitement de la syphilis récente par la méthode mapharsen-bismuth en 26 semaines** (The treatment of early syphilis by the twenty-six-week mapharsen-bismuth schedule). *American Journal of Syphilis* t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 124-134, 6 tableaux, bibliogr.

Appliquée à environ 200.000 soldats, jusqu'en juillet 1942, étudiée par les auteurs sur 3.000 malades, elle ne leur a donné d'incidents que dans 63 cas (nausées, diarrhée dans 19, fièvre, malaises dans 15, ictère dans 8, érythème du neuvième jour dans 7). Sur 1.331 s. primaires séro-négatives, 7 rechutes sérologiques, 13 rechutes cliniques, 4 s. nerveuses. Sur 1.208 s. primaires séro-positives, 16 rechutes sérologiques, 13 rechutes cliniques, 6 neuro-syphilis. Sur 463 s. secondaires, 11 rechutes sérologiques, 5 rechutes cliniques, 8 neuro-syphilis.

A. Touraine.

H. Beerman et V. Wammock (Philadelphie). — **L'hydrochloride de dichlorophénarsine dans le traitement de la syphilis** (Dichlorophenarsine hydrochloride in the treatment of syphilis). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 150-162, 5 tableaux, bibliogr.

Des arsénoxydes, le mapharsen est le plus utilisé (le chlorarsen en est très voisin). Étude pharmacodynamique et clinique de ces produits, utilisés par les auteurs pour 521 syphilitiques en 8.575 injections, en méthode habituelle (30 injections de 3 à 7 cg. alternant avec 60 de bismuth) ou de 26 ou de 12 semaines.

Les résultats sont très satisfaisants; les incidents, tous légers, ont été très rares, aussi bien en solution dans l'ascorbate de soude employé par les auteurs (71 cas) que dans le citrate de soude (51 incidents sur 2.773 injections de Thompsett, 45 sur 2.033 de Long, etc.) ou dans le carbonate de soude utilisé par Guy, Winthrop, etc.). A. Touraine.

A. Weiner (Cincinnati). — **Arsénothérapie tri-hebdomadaire ; sécurité et efficacité de ce traitement ambulatoire de la syphilis récente** (Triweekly arsenotherapy. A safe and effective ambulatory treatment regimen for early syphilis). *Cincinnati Journal of Medicine*, t. **28**, 1947, pp. 301-320.

Schéma de ce traitement : 40 injections d'arsenic (le plus souvent du mapharsen) en 13 semaines à raison de 3 injections par semaine à la dose de 1 milligramme par kilogramme de poids, puis 10 injections de 1 centimètre cube de sous-salicylate de mercure, à raison d'une par semaine.

Tolérance généralement satisfaisante. 54 o/o des 714 malades ainsi traités ont suivi la cure jusqu'au bout (80 o/o d'entre eux ont été suivis au moins 6 mois).

24 syphilis primaires séro-négatives : pas de rechute; 39 syphilis primaires séro-positives, 26 sans rechute sérologique; 112 syphilis secondaires cliniques, 70 sans rechute sérologique, 21 virages incomplets vers le négatif; 134 syphilis secondaires latentes : 33 séro-négatives de manière durable, 41 virées vers le négatif [Ces résultats paraissent assez peu satisfaisants. *An*].

A. Touraine.

A. Curtis et G Morrow. — **Arsénothérapie massive de la syphilis récente au cours de la grossesse** (The treatment with massive arsenotherapy of early syphilis complicated by pregnancy). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, t. **52**, 1946, p. 284.

40 femmes enceintes syphilitiques reçoivent 1 gr. 08 à 1 gr. 20 de mapharsen en 5 à 8 jours et 0 gr. 26 à 0 gr. 52 d'hyposalicylate de bismuth en solution huileuse, 9 au premier trimestre, 21 au second, 10 au troisième trimestre de la grossesse.

33 naissances d'enfants non syphilitiques suivis au moins 3 mois, 5 non suivis, 2 morts par autre affection. Toutes les mères ont eu leurs séro-réactions négatives d'une manière durable (2 ans). Pas de détails sur les incidents du traitement, cependant signalés comme « appréciables ». A. Touraine.

H. Vignes (Paris). — **Traitement prophylactique de la syphilis congénitale** (Prophylactic treatment of congenital syphilis). *The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, t. **54**, août 1946, pp. 324-327, bibliogr.

L'auteur passe en revue les diverses médications qu'il a utilisées chez la femme enceinte syphilitique.

L'*arsenic* seul (3.133 cas) donne de bons résultats. Mais il ne traverse pas la barrière placentaire et s'accumule dans les cellules des villosités du placenta. S'il la traverse c'est en faible proportion : 0,0089 o/o dans le sang maternel, 0,00036 à 0,00096 dans le sang ombilical d'après Patoir (1944). De plus, il est moins bien toléré que chez la femme non enceinte et expose à la crise nitritoïde ou à l'encéphalopathie.

Le *bismuth* (3.071 cas) passe mieux que l'arsenic dans l'organisme fœtal, s'il est injecté par voie veineuse (Leonard, Pack, Abruzzese, etc.); mais l'intolérance n'est pas rare chez la femme enceinte.

Le *mercure* reste un excellent médicament; « son abandon constitue une erreur grave » (Vignes); il a de nombreux avantages et est très efficace.

L'iodure de potassium (3.580 cas), en injections huileuses ou en pommades est le traitement de choix de l'hydramnios, surtout si celui-ci est aigu; mais les incidents ne sont pas rares, surtout les métrorragies.

Le *vanadium* (Levaditi) est indiqué chez les femmes décalcifiées ou vagotoniques.

Vignes donne sa préférence au traitement mixte (3.159 cas) : arsenic ou bismuth associé avec mercure et iodure. Mais, quel que soit le traitement, des mécomptes sont toujours possibles (Fruhinsholz).

Enfin, adjonction de médications spéciales au cas de localisations viscérales (par exemple : extraits thyroïdiens au cas d'insuffisance thyroïdienne).

A. Touraine.

V. Lundt (Göttingen). — **Importance du cycle menstruel dans la conduite de l'arsénothérapie** (Die Bedeutung des mensuellen Zyklus für die Durchführung der Salvarsantherapie). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, t. **3**, n° 9, 1er novembre 1947, pp. 402-408, bibliogr.

A l'occasion de six courtes observations (épilepsie, urticaire, exanthèmes après une injection de salvarsan pratiquée au début des règles), l'auteur cherche une

explication pathogénique de cette diminution de la tolérance et déconseille les injections les deux jours qui précèdent les règles.

A. Touraine.

M. Dujardin. — **Les écarts d'évolution de la syphilis sous l'effet du traitement.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc. 1, novembre 1946, pp. 90-93.

Une syphilis primaire insuffisamment traitée peut récidiver soit en syphilis primaire, soit en syphilis généralisée. Une syphilis généralisée peut donner une nouvelle roséole ou plus fréquemment des syphilides secondaires. Mais chacune de ces syphilis peut récidiver en accidents tertiaires donc particulièrement précoces. La syphilis primaire peut récidiver d'emblée en syphilis tertiaire en sautant l'état secondaire. Les localisations les plus intéressantes de ces récidives sont les méningo-récidives suivies de leurs neurorécidives, les syphilides ulcéreuses et plus rarement les ostéopériostites du type tertiaire.

Quelle interprétation pathogénique donner à ces syphilis tertiaires précoces ? A côté d'un facteur allergique l'auteur allègue un facteur traumatique et aussi la présence du bacille de Ducrey (ou l'usage du Dmelcos) qui facilite la tertiarisation par le mécanisme de l'hétéro-allergie.

Le traitement spécifique peut rendre virulent de nombreux microbes latents et provoquer ainsi une allergisation par hétéro-allergie, laquelle pourra renforcer l'allergie spécifique. La malarisation en a donné un exemple à l'auteur : six mois après la malarisation d'une femme pour paralysie générale, il a observé une gomme perforante du palais ; trois mois après une paraplégie spastique.

Louis Vissian.

Ch. Flandin. — **Problèmes thérapeutiques posés par la syphilis viscérale tardive.** *La syphilis viscérale tardive.* L'expansion scientifique française, 1946, pp. 67-74.

Il est parfois difficile d'apprécier le rôle étiologique de la syphilis dans certaines manifestations viscérales. On devra discuter la valeur des antécédents, celle des réactions sérologiques, d'un traitement d'épreuve. Certes, ces manifestations viscérales tardives peuvent être évitées par un traitement bien conduit dès le début de la maladie et l'auteur passe en revue les différents traitements d'attaque et d'entretien préconisés jusqu'ici.

Constatée plus tard, au cours d'une complication viscérale, la syphilis pose un problème thérapeutique délicat à cause de l'âge du malade, de la déficience ou de la sclérose associée d'autres appareils, contre-indiquant les traitements utilisés à la phase primo-secondaire. L'examen général, les examens complémentaires (urée sanguine, urines, etc...) sont ici d'importance capitale. Certains médicaments seront utilisés avec prudence, et on y associera le traitement symptomatique (diassothérapie de Sézary)

L. Golé.

J. R. Heller. — **Résultats du traitement rapide de la syphilis récente** (Resultados del tratamiento rapido de la sifilis reciente). Inf. sobre Enf. venereas in *Prensa Medica Argentina*, **34**, n° 49, décembre 1947, pp. 2348-2349.

Il n'y a pas de différence notable dans les résultats obtenus au cours du traitement de la syphilis récente par la pénicilline seule ou associée à l'arsénoxyde. Toutefois, après 10 mois d'observation, le schéma suivant s'est montré être le meilleur : pénicilline 1.200.000 U. + arsénoxyde 4 à 6 mgr. par kgr. + Bi 600 mgr., en neuf jours. La mortalité a été de 1 pour 149 au cours de l'arsénothérapie massive par l'arsénoxyde et de 1 pour 4.312 quand l'arsénoxyde est associé au bismuth et à la pénicilline.

R. Mollinedo.

C. Brück. — **A propos de syphilis jeunes, rebelles aux traitements, observées en Suède** (Ueber des Vorkommen der Ssg. tehrapieresistentens Lues recens in Schweden). *Acta Dermat. Venerol.*, vol. **26**, fasc. 2, décembre 1945, pp. 137-154, bibliogr.

Revue de travaux scandinaves, anglais et allemands, sur les syphilis résistantes. L'auteur apporte 5 observations nouvelles qu'il a recueillies en Suède de 1941 à 1945. Il s'agit de syphilis récentes.

Le *premier cas* a trait à un chancre traité par 9 cures de Novar et de Bi. Le Wassermann reste positif. Roséole. 6 cures de 10 injections de salicyl. de Hg. Le Wassermann reste positif. Nouvelle cure de Novar et Bi. Le Wassermann devient moins positif. La syphilis de la partenaire a bien réagi au traitement. Aucune explication plausible pour cette résistance.

Deuxième cas. — Contagion au 2e mois d'une grossesse. Deux cures de Bi et 4 gr. 5 de Novar. Éruption d'accidents. Accidents secondaires. Accidents méningés. Après une troisième cure mixte de 6 grammes de Novar et 10 grammes de Bi, le Wassermann est toujours positif. Après accouchement, 7 grammes de Bi et 3 grammes de Novar. Deux mois plus tard, nouvelle éruption secondaire qui disparaît après une nouvelle cure mixte. Trois mois plus tard, le Wassermann est négatif. Le partenaire, après le traitement banal, est resté sans nouveaux accidents.

Peut-être le traitement du début a-t-il été un peu faible ? La grossesse a pu avoir son rôle dans cette résistance.

Troisième cas. — Syphilis soignée à la période présérologique. Quatre cures mixtes (dont 24 grammes de Novar). Le Wassermann reste positif et une éruption secondaire apparaît. Après malariathérapie, le Wassermann est moins positif. Il devient presque négatif après une reprise d'un traitement mixte. Chez la partenaire, résultats satisfaisants du traitement banal.

Quatrième cas. — Aucune explication plausible. Homme, 47 ans, alciolique. Après 2 traitements mixtes, la syphilis devient maligne. Traitement mixte et pyrétothérapie ; amélioration de l'éruption ; le Wassermann reste douteux. Ici l'alcoolisme antérieur peut être invoqué comme cause de cette résistance au traitement.

Cinquième cas. — En 3 mois, 4 gr. 8 de Novar et 8 injections de Bi. Au milieu du traitement syphilides psoriasiformes. Traitement plus serré. L'éruption disparaît et le Wassermann devient négatif.

Il est probable que l'insuffisance relative du traitement du début est à incriminer.

A. Civatte.

S. Laird. — **Prophylaxie de l'hépatite transmise par les seringues** (The prevention of syringe-transmitted hepatitis). *The British Journal of Venereal Disease*, t. **22**, n° 1, mars 1946, pp. 29-35 et discussion pp. 35-40.

On sait que, en 1943, Mac Callum (*Brit. J. ven. Dis.*, **9**, 1943, p. 63) a suggéré une explication du grand nombre récent des ictères survenus en Angleterre au cours du traitement des syphilitiques ; il s'agirait d'une contamination par le sang resté dans les seringues, l'agent ictérogène résistant aux procédés habituels de désinfection et toute trace de sang étant très difficile à enlever complètement dans les seringues.

La fréquence de ces ictères a été telle qu'elle a atteint 37 et 68 o/o des sujets traités par Salaman, 50 et 75 o/o de ceux de Sheehan, 42 et 43 o/o de ceux de Preston, quel que soit le produit arsenical injecté.

L'auteur décrit la méthode de travail et de désinfection adoptée par Preston et par lui et qui a fait descendre la morbidité à 0,6 o/o quand elle a été appliquée correctement.

Le *Medical Research Council* recommande la stérilisation des aiguilles et des seringues à l'autoclave ou à l'air chaud et déconseille la préparation d'une solution pour plusieurs malades à la suite.

L'ensemble de la longue discussion qui a suivi cette communication à la *Medical Society for the Study of Venereal Diseases* du 24 novembre 1945 a confirmé les conclusions de Laird.

A. Touraine.

V. Ferrari (Pr Allessando). — **Sur la pharmacorésistance de la syphilis** (Sulla farmaco resistenza della sifilide). *Il Dermosifilografo*, année **20**, vol. **21**, nos 3-4, mars-avril 1946, pp. 77 à 95, Bibliographie.

L'auteur expose à grands traits les définitions et les caractéristiques du phénomène de la pharmacorésistance et les interprétations des conditions qui la déterminent, qui peuvent se réduire, abstraction faite du facteur médicamenteux à des variations de la réactivité organique et à des variations des souches de tréponèmes. Suit la description de sept observations personnelles qui toutes sont en faveur du facteur organique dans l'apparition du phénomène. Ferrari n'exclut pas cependant que dans certains cas la pharmacorésistance puisse dépendre de variations des souches de tréponèmes comme le fait a été constaté par divers auteurs, mais il estime que dans la plupart des cas, elle doit être rapportée à des variations de la réactivité organique. Se basant sur la constatation dans une partie de ses cas d'un état évident d'anergie sérologique associée en outre dans un de ces cas à une anergie à la tuberculine, d'autre part, sur l'efficacité dans certains de ces cas de la thérapeutique stimulante aspécifique, il envisage l'hypothèse que la variation de la réactivité organique, cause de la pharmacorésistance serait l'expression d'une déficience fonctionnelle du système réticulohistiocytaire. Celle-ci se manifesterait chez des sujets qui se trouvent dans des conditions biologico-fonctionnelles constitutionnelles spéciales. L'hypofonctionnement du système réticulohistiocytaire en limiterait l'intervention dans les processus de guérison, intervention qui s'exerce par la mise en œuvre de processus naturels de défense qui concourent, en association avec les médicaments à la destruction des tréponèmes en facilitant la meilleure utilisation des remèdes et en augmentant leur potentiel.

Belgodère.

G. Solente. — **Les médications de la syphilis peuvent-elles produire des toxicomanies ?** *Bulletin Médical*, année **60**, no 21, 21 juillet 1946, pp. 277-278.

Parmi les problèmes que soulève le traitement de la syphilis, l'auteur fait place à la psychose de certains malades qui, leur traitement antisyphilitique une fois terminé, se livrent à des cures injustifiées, soit par crainte de nouveaux accidents, soit en raison de la satisfaction qu'ils y trouvent. Il en résulte parfois une véritable toxicomanie, susceptible de produire des accidents plus ou moins graves si les produits employés sont doués de nocivité, et contre laquelle le médecin doit réagir en refusant à ces malades les traitements qu'ils demandent.

Lucien Périn.

R. Hahn. — **Le traitement antisyphilitique : études de mortalité** (Antisyphilitic treatment : Mortality studies). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **25**, novembre 1941, pp. 659-686.

En 27 ans (1913-1940) 47 morts, sur 38.863 malades et 666.162 consultations. La mortalité a donc été de 1 pour 1.250 malades et 1 pour 12.000 injections. De 1924 à 1940, la mortalité attribuable au bismuth a été de 1 pour 19.550 malades et 17.500 injections. Aucune mort après 17.000 injections de tryparsamide. De 1937 à 1940, pas de mort chez 4.800 malades et après 64.000 injections d'arsenic trivalent dont la plupart de mapharsen.

Les morts ont été deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, et dans 60 o/o des cas chez des sujets de plus de 30 ans. Les causes principales de mort ont été l'encéphalite hémorragique (1 mort sur 2 cas), l'ictère grave (50 o/o des cas), la nécrose hépatique (8 cas), une érythrodermie (un sixième des cas).

A. Touraine.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1948. 2e TRIMESTRE, No D'ORDRE 718, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS.
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL. No 884. — 6-1948.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA NÉVRITE TUBERCULOÏDE DE LA LÈPRE

Par J. MARGAROT, P. RIMBAUD et H. L. GUILBERT

L'importance chaque jour mieux établie des lésions tuberculoïdes dans la lèpre (1) ne peut que faire avancer sur le plan de l'actualité scientifique le problème de la névrite hypertrophique de même nature. Dans un domaine encore peu exploré, il nous a semblé que nos recherches pouvaient trouver place à la suite des faits un peu épars que nous avons pu réunir et dont la pénurie actuelle de notre documentation réduit sans doute encore le nombre. Plusieurs notions précises se dégagent de ces publications.

1° Tous les auteurs s'accordent à signaler l'augmentation de volume véritablement énorme de filets nerveux qui, normaux, ne seraient pas appréciables à la palpation. Ils atteignent souvent les dimensions de très gros troncs. Leur présence en une région où ces derniers ne sauraient exister permet seule d'éviter la confusion. Nos constatations confirment entièrement ce premier point. Chez un de nos malades deux volumineux cordons croisaient à peu près transversalement la crête antérieure du tibia. Chez un autre on trouvait sur la face antéro-interne de la cuisse un cordon superficiel dont le volume excédait celui du cubital, pourtant légèrement hypertrophié.

2° On voit parfois associés une plaque tuberculoïde et un cordon nerveux hypertrophié partant de cette plaque. D'après Nelson Souza Campos (2) cette particularité permettrait à elle seule de porter le diagnostic de lèpre tuberculoïde. Nous avons observé cet aspect singulier dans deux formes initiales où il paraissait répondre à un complexe primaire comportant un élément cutané discoïde et une névrite satellite.

3° On ne saurait trouver de modalités cliniques aussi spéciales que les précédentes dans les troubles périphériques commandés par la névrite tuberculoïde. Les phénomènes douloureux sont moins fréquents que dans la forme commune, s'espacent rapidement et disparaissent en général assez

(1) Fernandez I. M. M. (*Rev. med. Rosario*, **32**, n° 11, 1942, p. 923) propose une classification dans laquelle il considère la forme tuberculoïde comme un type principal au même titre que la forme commune (léprotique). Chacune de ces deux grandes classes comprendrait une forme cutanée, une forme nerveuse et une forme cutanéo-nerveuse.

(2) Nelson Souza Campos. Lepra tuberculoide do nervo (Lèpre tuberculoïde du nerf) *Revista Brasileira de Leprologia*, vol. **12**, n° 1, mars 1944, pp. 39 à 47.

Publication périodique bimestrielle.

vite. En revanche, l'anesthésie au chaud, au froid et à la douleur est plus complète tout en restant limitée dans les formes de début, aux plaques tuberculoïdes en rapport avec les éléments nerveux.

Aucune particularité ne semble différencier les troubles trophiques cutanés, musculaires ou osseux. Peut-être cependant se marquent-ils par leur

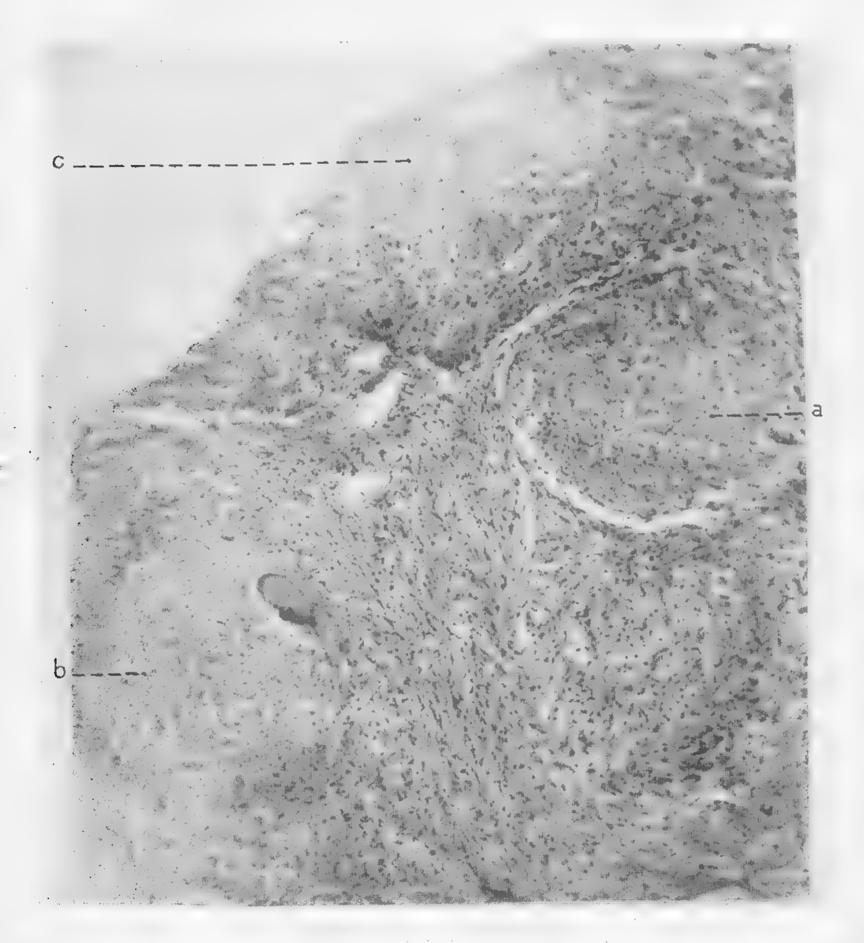


Fig. 1. — En *a*, *b*, *c*, trois formations folliculoïdes qui représentent autant de filets nerveux remaniés par une infiltration lympho-histiocytaire à différents stades évolutifs : histiocytaire en *a*, fibrocytaire et giganto-cellulaire en *b*, fibreux en *c* (Observation I).

limitation initiale sous une forme particulièrement intense sur des régions de très petite étendue. L'anhydrose des taches tuberculoïdes est habituelle.

4° L'absence ou l'extrême rareté des bacilles de Hansen, caractère essentiel, bien que négatif de la lèpre tuberculoïde, est notée par les léprologues dans la névrite qui l'accompagne.

5° La structure des lésions est celle des plaques discoïdes. Elle se carac-

térise par des follicules formés d'éléments giganto-cellulaires, de cellules épithélioïdes et de lymphocytes.

Les névrites caséeuses et calcifiées, les abcès des nerfs, dont la description est déjà ancienne, ont été rattachés à la lèpre tuberculoïde. Montel insiste sur leur fréquence. De petits foyers impossibles à déceler par la palpation du nerf, peuvent cependant en s'agrandissant et en fusionnant réaliser un empâtement diffus, ou une tuméfaction ovalaire sur le trajet d'un nerf hypertrophié. En ce point la consistance ferme du cordon fait place à un ramollissement qui peut aller jusqu'à la fluctuation. Nelson

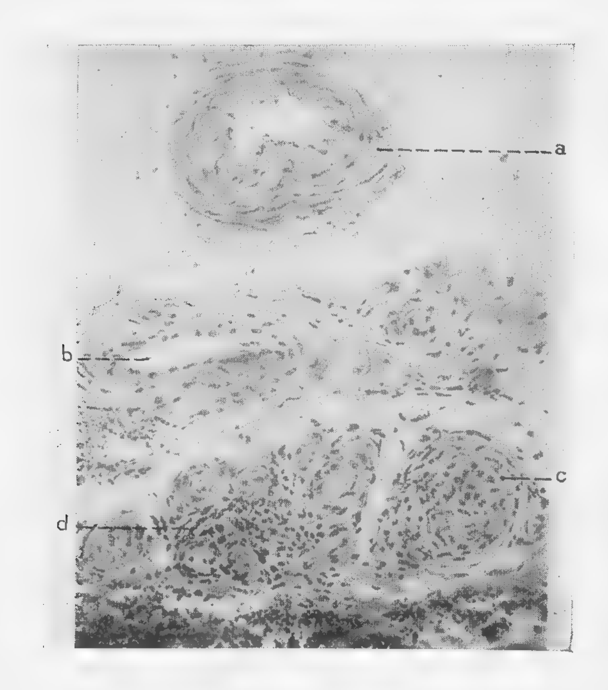




Fig. 2. — Microphotographie d'un paquet vasculo-nerveux du périnèvre où l'on constate l'intégrité de l'artériole *a*, de la veinule *b*, alors que le filet nerveux *c*, est largement infiltré, surtout en *d*, d'éléments lympho-histiocytaires (Observation I).

Souza Campos a publié dans l'*International Journal of Leprosy* 15 cas d'abcès des nerfs, tous observés au cours de lèpres tuberculoïdes. Depuis, 12 cas nouveaux sont venus le confirmer dans son opinion. D'après lui, cette évolution caséeuse ne se voit jamais dans la forme lépromateuse et appartient uniquement à la lèpre tuberculoïde. Garzon E. et Arguello, Pitt signalent un cas de névrite tuberculoïde à forme d'abcès caséeux multiples, dont la fistulisation s'est terminée par des cicatrices ombelliformes adhérentes au nerf.

C'est également au cours d'une lèpre tuberculoïde que Nelson Souza Cam-

pos (1) a observé des calcifications des nerfs musculo-cutané, cubital, sciatique poplité interne et saphène externe. Une coupe montre dans le nerf une zone nécrotique importante imprégnée d'un substratum calcaire et à la périphérie une fine couche de tissu conjonctif fortement hyalinisé. On ne trouve pas de bacilles. Il n'existe aucune trace du granulome éruptif ni aucun indice de l'ossification de la masse calcaire. L'auteur considère la calcification des nerfs tuberculoïdes comme un signe de guérison.

L'attention des léprologues semble s'être surtout portée sur ces lésions terminales de la névrite tuberculoïde. A notre connaissance aucun travail

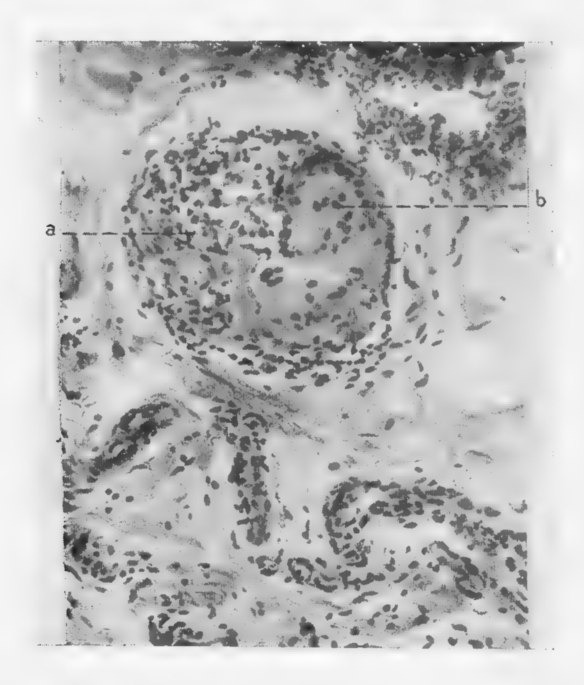


Fig. 3. — En *a*, filet nerveux du périnèvre envahi par des éléments lympho-histiocytaires qui ont déjà différencié en *b*, une cellule géante. Autour de ce filet nerveux d'autres ramifications nerveuses électivement entourées de cellules lympho-histiocytaires (Observation I).

important n'envisage son mode de début. L'article, déjà mentionné, de Nelson Souza Campos fonde surtout la nature tuberculoïde de la névrite sur l'absence de bacilles de Hansen recherchés par la ponction des nerfs atteints. Il n'a pas pratiqué de biopsie.

Cette absence de documentation nous a incités à reprendre l'étude de ces lésions névritiques en essayant de préciser leur histogénèse. Le matériel

(1) Nelson Souza Campos. Calcificação dos nervos na lepra (Calcification des nerfs dans la lèpre). *Revista Brasileira de Leprologia*, vol. **10**, n° 3, septembre 1942, pp. 323 à 334, 9 figures

de recherches nous a été fourni par des prélèvements biopsiques effectués chez deux noirs dont nous avons déjà apporté l'histoire à la Société de Dermatologie.

Chacun d'eux présentait une plaque marginée à développement excentrique de laquelle paraissaient se détacher des cordons durs de consistance fibreuse. L'examen histologique a révélé que ces cordons n'étaient autre chose que de petits nerfs très hypertrophiés ou, plus exactement très épaissis par un tissu de fibrose issu de lésions tuberculoïdes.

Dans le premier cas, une large baguette partant d'une plaque discoïde répond à

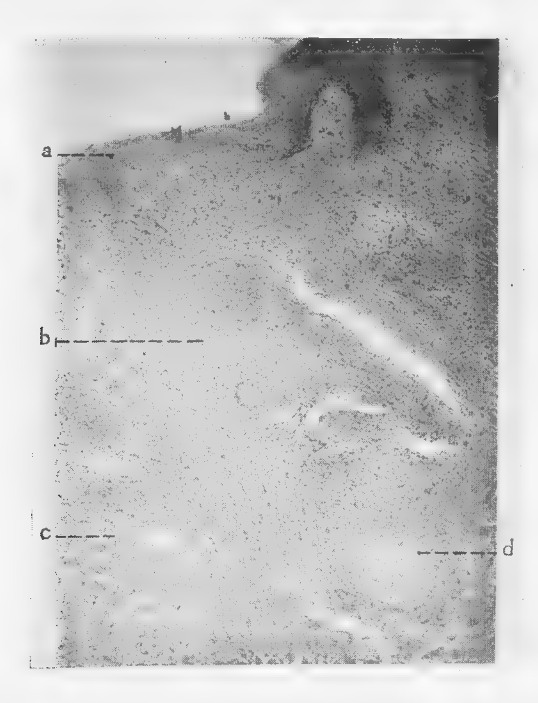


Fig. 4. — Plaque cutanée. En *a*, épiderme ; en *b*, *c*, *d*, nodules histiocytaires avec cellules géantes dans le nodule *b*. (Observation II).

un filet nerveux presqu'entièrement transformé en un cordon conjonctivo-vasculaire dissocié par des formations folliculoïdes souvent giganto-cellulaires, très nettement circonscrites.

La structure de ces nodules varie suivant les points (fig. 1). Certains sont formés d'éléments presque uniquement histiocytaires à cytoplasme plus ou moins rameux. D'autres ont faits de cellules fibrocytaires à noyaux et cytoplasme allongés. D'autres enfin sont constitués par des éléments fibroblastiques plus effilés encore et noyés dans une substance fondamentale riche en collagène. Le follicule lui-même est souvent entouré d'un véritable manchon de fibres collagènes mises en évidence par les colorants électifs (noir naphtol de Curtis ou bleu d'aniline du trichrome de Masson).

On se rend facilement compte que l'on se trouve en présence de divers stades évolutifs (histiocytaire, fibroblastique, fibrocytaire), d'éléments réticulo-histiocytaires.

La coloration élective au Mallory phosphotungstique montre que les tubes nerveux ont à peu près totalement disparu. On peut les identifier cependant en plusieurs points.

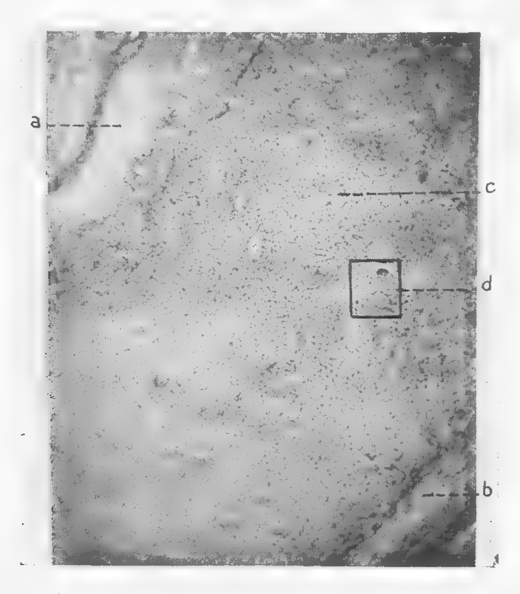


Fig. 5. — Microphotographie à faible grossissement d'un cordon nerveux totalement sclérosé. Périnèvre en *a* et *b*, de part et d'autre du tissu nerveux *c*, totalement remanié par la fibrose ; en *d*, rectangle délimitant l'espace reproduit dans la figure 6.

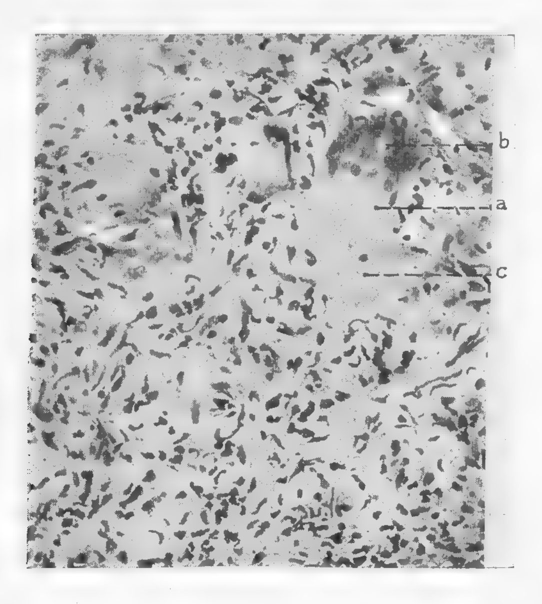


Fig. 6. — Microphotographie à fort grossissement de l'espace délimité par le rectangle *d* dans la figure 5. On y voit le détail du tissu de fibrose d'origine histiocytaire qui s'est substitué au tissu nerveux. En *a*, cellule géante dont les noyaux sont accumulés en *b*, tandis que le cytoplasme s'étend jusqu'en *c* (Observation II)

L'étude de la gangue cellulo-adipeuse périphérique révèle l'intégrité des vaisseaux sanguins (fig. 2) et l'atteinte élective des filets nerveux (*nervi nervorum*) de cette région. On assiste à la pénétration dans ces derniers d'éléments lympho-histiocytaires qui se substituent peu à peu aux éléments constitutifs du nerf (fig. 2 et 3) et les transforment en formations folliculoïdes comparables à celles que nous avons signalées dans la masse même du cordon nerveux.

Dans le second cas, l'examen histologique de la plaque cutanée montre (fig. 4), sous un épiderme aminci, le derme et premiers faisceaux de l'hypoderme envahis par des formations nodulaires lympho-histiocytaires avec ou sans cellules géantes. Celles-ci sont plus volumineuses que celles des lésions bacillaires mais

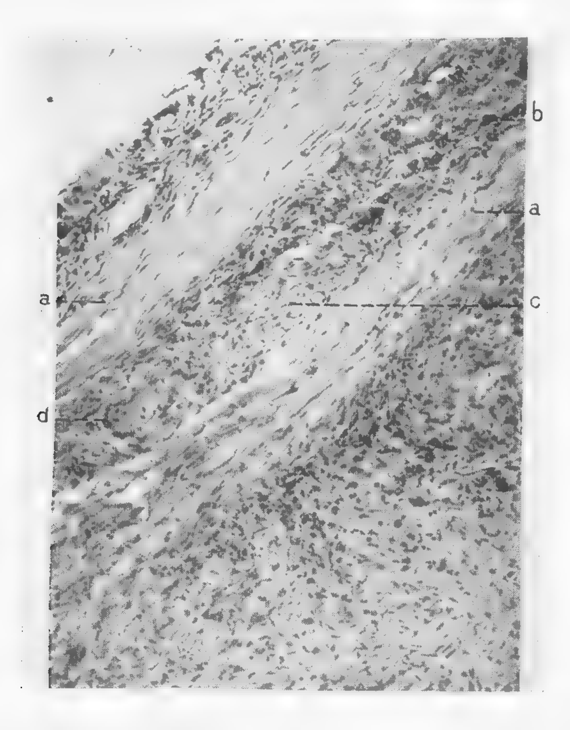


FIG. 7. — On voit dans le périnèvre *a* un nerf sectionné longitudinalement en *b*, largement infiltré par des éléments lympho-histiocytaires avec tissu fibroïde en *c* et cellule géante en *d*.

elles n'ont pas les caractères des cellules de Wirchow et ne renferment pas de bacilles. Les nodules sont tantôt péri-vasculaires, tantôt péri-nerveux et constituent même parfois des manchons aux follicules pilo-sébacés.

L'étude du volumineux cordon superficiel de la cuisse révèle que les tubes nerveux ont été profondément remaniés et rendus méconnaissables du fait de leur remplacement par un tissu fibreux très dense (fig. 5). Cette modification, visible avec les colorations usuelles, apparaît mieux encore avec le Mallory phosphotungsique.

Dans les zones où l'évolution collagène est moins complète, on se rend compte que le processus fibrillogène prend naissance dans des formations folliculoïdes presqu'uniquement histiocytaires bien que renfermant quelques cellules géantes (fig. 6).

Il est important de noter que les nervi nervorum du péri-nèvre offrent, quelle que soit leur incidence de coupe, transversale ou longitudinale, des images de transformation fibroïde et même fibreuse assez marquée (fig. 7) avec présence parfois de cellules géantes.

La coloration de Ziehl ne montre ni bacilles de Koch, ni bacilles de Hansen.

Considérations histo-pathologiques générales.

Notre étude met surtout en évidence la transformation fibreuse des nerfs, alors que la plupart des travaux précités font état de l'évolution des lésions folliculaires vers la caséification. Tout en étant plus fréquente qu'on ne le supposait il y a quelques années, cette évolution ne semble pas constituer la règle. Il est probable que son caractère exceptionnel a surtout motivé les relations qui en ont été faites, alors que la transformation fibreuse habituelle, considérée comme banale, ne faisait l'objet d'aucune recherche spéciale en raison de sa ressemblance avec la névrite lépreuse commune.

La différence est cependant très grande avec cette dernière. Dans la névrite lépromateuse les altérations ne revêtent pas le type folliculaire. La sclérose intra-fasciculaire s'accompagne d'une atteinte des vaisseaux dont les parois sont épaissies et souvent entourées d'amas cellulaires avec présence de bacilles.

Sur nos préparations les nodules inflammatoires ne se développent pas autour des vaisseaux, les vasa-nervorum sont intacts et peu modifiés. Aucune infiltration ne les entoure. Les filets nerveux paraissent atteints d'une façon élective. Une de nos coupes portant sur la périphérie du cordon nerveux montre l'intégrité absolue d'une artériole et d'une veinule alors que les nervi nervorum présentent déjà une infiltration réticulo-histiocytaire dont la progression aboutit à des infiltrations du type folliculaire très caractéristiques.

Cette localisation initiale autour des filets nerveux a déjà été signalée sur les plaques tuberculoïdes par Descoud et Castanier. D'après ces auteurs l'infiltration se dispose autour des fibres nerveuses sans participation, mais avec dislocation des éléments vasculaires à la périphérie du foyer. C'est ce qu'ils désignent sous le nom d'infiltration para-artérielle. Celle-ci existerait dans 74 o/o des cas de lèpre tuberculoïde et ne se retrouverait dans aucune autre formation folliculaire.

Les faits que nous apportons permettent d'étendre cette notion aux lésions des nerfs eux-mêmes. Ils semblent établir que cette disposition présente une électivité pour les éléments nerveux plus grande encore que sur la plaque cutanée. Dans cette dernière en effet, on trouve des nodules non seulement autour des filets nerveux mais autour des vaisseaux et des follicules pilo-sébacés.

On peut se rendre compte des diverses étapes de la transformation des cordons nerveux.

On voit nettement que l'observation II représente le stade ultime de

lésions dont on observe le début en un état assez avancé dans l'observation I.

Dans les premières biopsies en effet, et grâce à l'étude des nervi-nervorum du péri-nèvre, on assiste à la transformation des filets nerveux, soit du péri-nèvre, soit du cordon lui-même en nodules histiocytaires par substitution progressive d'histiocytes aux éléments constitutifs des filets nerveux. On arrive même à se rendre compte que ces éléments lympho-histiocytaires sont d'origine à la fois exogène et endogène. Les uns proviennent de cellules lymphomonocytaires de nature sanguine, parvenues à l'intérieur du filet nerveux par diapédèse. Les autres résultent de la dédifférenciation des fibrocytes rameux de Luigi Sala, qui, comme on le sait, forment normalement, entre les tubes des nerfs périphériques une « dentelle fibrillaire et rétiforme » (Bouin).

Nous ne saurions trop insister sur cette origine double des éléments réticulo-histiocytaires qui sont à la base de la transformation des filets nerveux : sanguins et diapéditiques d'une part, tissulaires et par dédifférenciation d'autre part. Elles apportent une nouvelle preuve de la notion, bien connue depuis les travaux des frères Von Mollendorf, que les modifications tissulaires ayant pour substratum anatomique le système réticulo-histiocytaire, s'effectuent toujours, à partir de deux catégories de cellules mésenchymateuses qui sont en somme de même lignée : les cellules migratrices et les cellules fixes.

Quant à l'évolution, fibroïde d'abord, fibreuse ensuite des nodules histiocytaires qui se sont subtitués aux filets nerveux, elle ne doit pas étonner quand on connaît la potentialité fibrillogène des cellules réticulo-histiocytaires.

De même la présence de cellules géantes d'origine histiocytaire indiscutable, ne fait que confirmer la notion bien connue du pouvoir macrophagique des éléments constitutifs du système réticulo-endothélial.

En définitive, les faits histologiques permettent de ranger les lésions nerveuses de la lèpre tuberculoïde dans le cadre des réticuloses histiomonocytaires à tendance essentiellement sclérosante, bien que susceptibles d'évoluer vers la caséification.

DÉPLACEMENT DES FACTEURS EXTRACELLULAIRES ET INTRACELLULAIRES CAUSÉ PAR LE PEMPHIGUS

Par FLORIAN et VERTES

La régularisation convenable de l'hydro-économie de l'organisme est le résultat de processus multiples et extraordinairement compliqués. La situation se complique encore par le fait que l'eau qui est l'objet de la régularisation se présente sous trois aspects différents. Selon Naegeli, en effet, l'eau de l'organisme se présente sous trois formes différentes : 1° l'eau se comportant comme l'eau cristalline; 2° l'eau fixée par la capillarité ou par l'adhésion; 3° l'eau libre. Dans la conception de Lichtwitz (d'après laquelle chaque tissu se compose de gels et de sels) l'importance de la liaison hydrique colloïdale est accentuée. La définition exacte de ces relations est impossible jusqu'ici, même approximativement. L'étude de la répartition de l'aménagement hydrique extra et intracellulaire nous semble plus accessible.

Le contenu électrolytique des deux grands réservoirs fluides du milieu, extracellulaire et intracellulaire, est bien différent. Le premier se rapproche de l'eau de mer, tandis que le dernier nous rappelle l'état électrolytique des unicellulaires (algues) vivant dans la mer. C'est Foerster qui, en 1875, attira, la première fois, l'attention sur l'état différent dans les relations électrolytiques de l'espace intracellulaire, en faisant la différence entre sels d'humeurs et sels de tissus. Au début du XXe siècle, de nombreux savants, tels que Hofmeister, Höber, Loeb, Spiro, Wertheimer et Harrison, décrivent ces groupes antagonistes. Plus tard, ce sont Eppinger et ses collaborateurs, Kaunitz et Schober qui ont consacré un grand travail à l'étude de la question en s'occupant de « l'inflammation séreuse ».

Le cation caractéristique de la cellule est le potassium, celui du liquide extracellulaire est le sodium. C'est une constatation générale, tant pour les plantes que pour les animaux. Le fait est démontré par les données suivantes : le grand monocelluaire maritime, *Alga Valonia*, contient 0,5 o/o K et 0,1 o/o Na, tandis que l'eau de mer qui l'entoure montre 0,1 o/o K, 0,5 o/o Na. Chez le chien, d'après Eppinger, on trouve les valeurs suivantes concernant les ions différents :

	Na	K	Ca	Cl	P
Sérum	335	17	10	365	3,5
Muscle	95	290	4	33	186
Foie	133	337	6,7	93	4.000
Cerveau	133	278	7	111	139

Les données de l'organisme humain et de l'eau de mer peuvent être bien comparées sur le tableau (fig. 1). (Les valeurs sont données en équivalents au millième : milligramme o/o multiplié par 10 et divisé par le poids atomique adéquat).

L'organisme maintient constamment l'équilibre normal des relations biologiques. La cellule vivante, à savoir la vie, est bien caractérisée : l'influence des forces qui luttent contre l'assimilation de l'entourage, c'est-à-dire contre les conditions et circonstances équivalentes qui signifient la mort. On croyait, au début, qu'en connaissant la diffusion osmotique, la question pouvait être considérée comme entièrement résolue. Aujourd'hui, nous pouvons plutôt dire que la mort de la cellule est le moment où l'osmose et la diffusion se font entièrement valoir; en d'autres termes, dans les processus vitaux le rôle principal est pris par la dispo-

sition des relations entre forces électrostatiques. Keller et Kaunitz étudient dans plusieurs ouvrages les différences de potentiel que présentent les cellules, les membranes de séparation, les humeurs cellulaires; ces différences seraient un facteur décisif dans l'échange des matériaux entre les cellules, avec l'aide du mécanisme cataphorétique. La tension positive des organes parenchymateux, rapportée à l'eau, attirerait mieux les facteurs négatifs (comme le potassium, les sulfates, les phosphates, le glucose, les hormones, les vitamines, l'urée, l'acide urique, la créatinine et quelques lipoïdes) que les facteurs positifs (au sens biologique) tels que le sodium, le chlore, le brome et le calcium. Ces derniers sont contenus en plus grande quantité dans le sérum du sang électro-négatif.

La source d'énergie des effets électrostatiques est constituée par les processus oxydoréducteurs se déroulant dans les cellules. Keller et ses collaborateurs, en par-

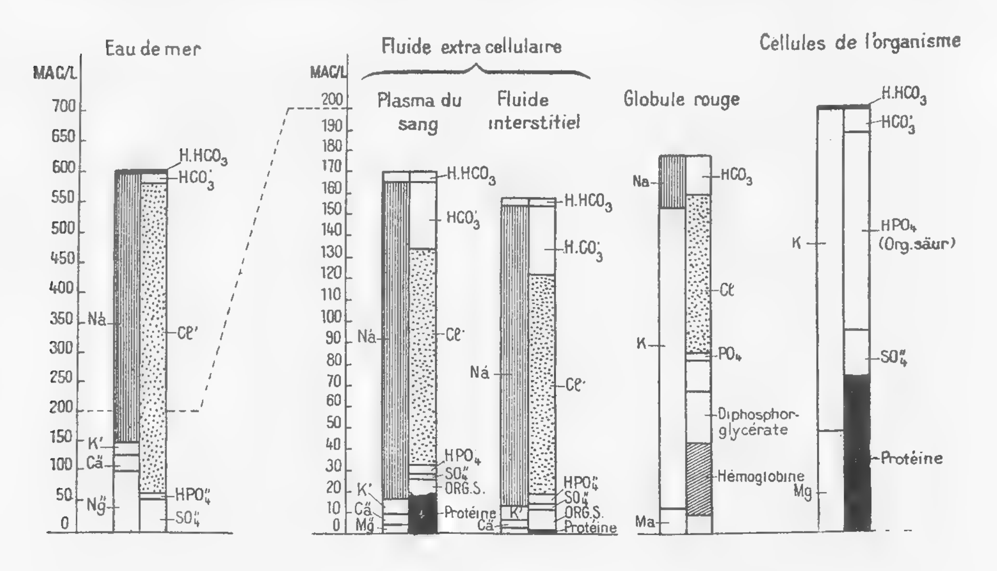


FIG. 1.

tant du fait que c'est dans la maladie d'Addison que le potentiel musculaire montre la plus grande chute, ont étudié des rats dont le cortex des glandes surrénales avait été détruit. La tension des organes de ces animaux diminua remarquablement, puis, en administrant de la cortine, l'état initial se rétablit presque complètement. Ils attribuèrent donc au cortex des glandes surrénales un rôle régulateur dans la formation de la tension. On considère comme cause primordiale le changement de la tension électrique des tissus et du sérum dans la formation de l'inflammation « séreuse » et dans l'apparition de la tendance à l'œdème; la transformation chimique des tissus et du sérum ne vient qu'après. Dans ces cas, on note un renversement de l'équilibre dynamique des ions; le sodium, le chlore et l'eau entrent dans les tissus, tandis que le potassium et le glucose en sortent et s'accumulent dans le sang. De ce fait, la cellule se désagrège et meurt dans les cas graves. Eppinger suppose un trouble primitif de la perméabilité capillaire, lequel conduit à la sortie de l'albumine du sérum dans l'espace intercellulaire. Le fait, influençant le tableau électrostatique, produit la cessation de la perméabilité dirigée de la cellule, avec toutes ses conséquences

Nous constatons un pareil changement fondamental dans l'échange matériel de sel et de l'eau dans les maladies qui appartiennent au groupe du pemphigus :

L'étiologie du pemphigus n'est pas, jusqu'à présent, bien éclairée. De nombreux auteurs (Walesch, Stanziale, Radaeli, Pasini, etc.) ont vu sa cause dans les différentes bactéries, mais ces recherches n'ont pas été confirmées. En 1935, Urbach, avec ses vaccins intraduraux expérimentaux, a cru découvrir le virus ; son opinion fut récusée par de nombreux auteurs (Wellsh, Goldschlag, Földvári, Kwiatkovski, etc.). Certains considèrent le pemphigus comme la conséquence de lésions du système nerveux. Meyer-Kaposi, Sinsky ont observé une évolution scléreuse généralisée de la moelle épinière. D'autres (Ferraro, Stephanini) trouvèrent des lésions des ganglions sympathiques. Földvári et Horányi obtinrent un résultat négatif en examinant le système nerveux au point de vue de la spécificité ; toutes les altérations observées étaient identiques aux lésions que l'on observe au cours d'autres processus d'auto- ou d'hétéro-intoxication ; toutes les régions de l'encéphale qui jouent un rôle dans la direction des fonctions végétatives étaient intactes. D'après ces derniers auteurs, les lésions du système nerveux doivent être considérées, dans la pathogénie du pemphigus, comme des manifestations non primaires mais secondaires. Le rôle pathogénique de l'absence ou d'une dysfonction d'hormones trouve de nombreux partisans, sans que ceux-ci développent clairement leur point de vue ; ils ne donnent le plus souvent que des statistiques.

Krieser, en 1872, attire, le premier, l'attention sur le fait que l'organisme des malades atteints de pemphigus montre une rétention du chlorure de sodium. En 1895, le Hongrois Fodor retrouve le même résultat. Cassaet et Micheleau (1906), désirant utiliser les observations précédentes dans un but thérapeutique, limitèrent l'introduction du sel de cuisine et constatèrent alors dans l'urine une élimination augmentée de ce sel. Par contre, Baum n'observa pas d'amélioration par un régime pauvre en sel. En 1923, Kartamisew étudie, dans le pemphigus végétant, la teneur en chlorure de sodium de l'urine et du sérum sanguin, portant spécialement son attention vers la tendance à l'œdème. Il constate qu'en rétablissant l'équilibre normal du chlorure de sodium la tendance à l'œdème disparaît et les symptômes de la maladie s'améliorent.

Urbach étudie à son tour la concentration en chlorure de sodium dans l'urine, le sang et les tissus. Il ajoute pendant plusieurs jours 10 grammes de chlorure de sodium à la nourriture habituelle et il enregistre les modifications. D'après lui, l'élimination urinaire du chlore était fortement diminuée (25 à 90 o/o de rétention) ; dans le sérum sanguin le sel augmentait nettement (valeurs de 500-600 milligrammes o/o) et on pouvait constater une forte hydrémie du sang et l'augmentation du contenu en chlore de la peau. Mais la peau donnait des valeurs élevées en chlorure de sodium même sans charge en sel de cuisine. Urbach admet que la rétention du chlorure de sodium indique la réaction de l'organisme tandis que d'autres y voient la cause des processus du pemphigus.

Földvári (1936) examina, à la Clinique, la teneur en chlorure de sodium du sérum sanguin chez trois malades atteints de pemphigus et traités par la germanine ; il constata la diminution de la rétention du chlorure de sodium au cours de l'amélioration des symptômes cliniques. (Dans un cas : de 712,3 mgr. o/o à 365,8 mgr. o/o). Dietzl et Vámos étudièrent trois malades souffrant d'un même type de pemphigus et trouvèrent aussi une valeur supérieure du sérum sanguin. Földvári rechercha expérimentalement, sur des lapins, le contenu en chlore de la peau et du sérum sanguin ; il exprima la valeur du chlore rapportée en chlorure de sodium. Les animaux surchargés en sel de cuisine ne montrèrent qu'une augmentation minime de la teneur en chlore du sérum et de la peau. Il rechercha, en outre, le taux de chlore dans la peau et le sérum chez des lapins vaccinés par voie intraveineuse, toutes les trois semaines, avec du sang et de la sérosité des bulles de pemphigus. Le chlore du sérum n'augmentait pas considérablement, à l'inverse de la teneur de la peau en chlorure de sodium.

On peut montrer souvent la disposition à l'œdème qui existe dans le pemphigus par l'épreuve d'Aldrich-McClure. La question a été étudiée à fond, outre les Américains, par Leszczinski, Blatt et Kartamisew. En Hongrie, l'épreuve fut utilisée pour la première fois, par Földvári chez des malades atteints de pemphigus ou de dermatite herpétiforme.

On possède quelques données sur l'augmentation du sucre dans le sang, au cours du pemphigus. Levin (1923) en trouve 130 mgr. o/o, Meineri (1926) 140 mgr. o/o, Lévy-Franckel (1926) 230 mgr. o/o. Treger (1927) et Lojander (1928), dans la dermatite herpétiforme, Vamos (1930), dans deux cas de pemphigus vulgaire et deux de pemphigus végétant, remarquent une valeur supérieure de la glycémie.

Le contenu du sang en cholestérine est augmenté dans le pemphigus et la dermatite herpétiforme d'après les recherches de Fischl (1915). Urbach, Thiers et Michel mentionnèrent une hypercholestérinémie dans ces deux affections, et Arguello, Kamon dans le pemphigus végétant.

Des recherches récentes étudient les modifications d'oxydation du potassium et du sodium. Leigheb (1931) trouva, au lieu de 20 mgr. o/o de potassium dans le sérum sanguin, des valeurs de 26,4 mgr. o/o, 27,19 mgr. o/o, 24,9 mgr. o/o et 26,62 mgr. o/o chez ses malades atteints de pemphigus et de dermatite herpétiforme. Turpin, Chassagne, Cuvier (1939) trouvent également une augmentation du potassium, Talbott, Walter, Lever, Weil-Consolatio (1940) ont observé l'augmentation de la teneur en potassium tant dans le sang que dans l'urine au cours du pemphigus, en même temps qu'une diminution du sodium dans le sérum sanguin. Gougerot et Coste notent une augmentation du potassium dans la dermatite herpétiforme mais remarquent que ce trouble disparaît avant la mort. Fransolin (1943) examine le contenu de la vessie, au cours du pemphigus, au point de vue chimique et trouve une augmentation du potassium.

L'étiologie du pemphigus reste donc jusqu'à présent incertaine. Les observations qui montrent des altérations du système nerveux et les opi-

nions visant à une contagion par bactéries et virus sont incohérentes et contradictoires. Plus de valeur semblent avoir les recherches sur le métabolisme de l'eau, l'aptitude à l'œdème et les troubles de l'équilibre des ions intercellulaires. Leurs résultats rappellent beaucoup les phénomènes observés au cas de destruction du cortex des glandes surrénales. Cette circonstance laisse supposer que, dans la formation du pemphigus et de la dermatite herpétiforme, le cortex de ces glandes joue aussi un rôle.

1. Dans ce but il fallait étudier les modifications cliniques du pemphigus et de la dermatite herpétiforme au cas de destruction du cortex des surrénales.

2. Contrôler méthodiquement les variations dans la teneur en potassium, sodium et cholestérol dans ces maladies.

Swingle résume ainsi le rôle du cortex des glandes surrénales : il règle la répartition de l'eau et de l'électrolyte entre les deux grands réservoirs de l'organisme, entre le milieu intracellulaire et le milieu extracellulaire. En cas de déficience en cortine, le sodium pénètre dans les tissus et, par suite, diminue dans le sérum sanguin, la quantité de sang diminue, il se produit une surpression et une tendance à l'œdème. On attribue aussi la fixation du cholestérol des cellules à l'effet de la cortine ; sa déficience produit l'hypercholestérolémie. D'après Verzár la cortine est, en outre, le régulateur général de l'échange des matériaux cellulaires. Par son absence, les processus de phosphorilation sont en souffrance. Cette circonstance conduit à des troubles de la résorption sélective du glucose et, dans le foie, de glycogénie. Cliniquement, il se développe une faiblesse musculaire et de la cachexie. Mais le trouble le plus important est peut-être l'impossibilité de la formation du ferment d'oxydation jaune de Warburg. Le groupe du ferment prosthétique jaune, c'est-à-dire la lactoflavine phosphorilée, devient absent dans les cellules en pareil cas, en raison de l'absence de la phosphorilation. En conséquence, il se produit une rupture dans la catalysation des processus d'oxydation appelés à produire l'énergie. Long attribue au cortex trois sortes de fonctions : il contrôle le métabolisme de l'eau et de l'électrolyte ; il est le directeur principal du métabolisme des hydrates de carbone et des protéines ; enfin il participe à la résistance de l'organisme déployée contre diverses influences (toxines bactériennes, histamine, température basse ou haute, pression basse de l'oxygène, shock). Hartmann lui attribue en outre un rôle important dans la réglementation de la perméabilité des capillaires. Verzár ne dispose pas d'autres observations concernant le trouble des processus de phosphorilation en cas de déficience de la cortine.

D'après ces faits, on reconnaîtra que certains phénomènes du pemphigus sont identiques à ceux qui se présentent au cas de déficience du cortex. Il n'en est, cependant, pas de même pour les variations. Chez l'animal dépouillé de glandes surrénales on ne trouve pas une concentration élevée du chlore dans le sérum sanguin mais, au contraire, souvent une diminution. Au cas de brûlures étendues (qui peuvent aussi entraîner des lésions du cortex des glandes surrénales) Kayser a noté une diminution du chlore urinaire, mais il trouva, en même temps, une diminution du chlore dans le sérum sanguin. Davidson explique ceci par le fait que le chlore arrive

très vite dans les tissus et que le chlorure du sérum traverse les reins sous sa valeur normale. Ainsi, le chlore ne se comporte pas toujours de la même façon dans tous les cas d'absence du cortex des surrénales. Le même fait a été constaté par Verzár dans ses expériences. On peut l'expliquer en admettant que, en ôtant le cortex des glandes surrénales, tous les 28 composants stériques cristallisés sont absents ; mais, dans des cas spéciaux, il est possible qu'une partie seulement en soit perdue. Il est possible ausi que, au cas de maladies prolongées, des organes de sécrétions internes reprennent le travail de compensation pour réglementer le chlore.

Nos recherches personnelles ont porté sur la teneur en potassium et en cholestérine du sérum sanguin au cas de pemphigus et de dermatite herpétiforme. Les dosages du sodium n'ont pu être faits faute de matériel.

	Sexe	Age	Potassium du sérum	Potassium urinaire	Cholestérine
	—	—	—	—	—
Pemphigus :					
M.A. . . .	♂	63 ans	29.39 mg. o/o	—	—
R.J. . . .	♂	77 »	34,61 »	—	—
Dr. L.L-né . .	♀	22 »	26,30 »	—	207 mg. o/o
					271,88 »
K.M. . . .	♂	71 »	24,4 »	—	156 »
					198
F.M. . . .	♀	38 »	21,72 »	—	192,98 »
Sz.D. . . .	♂	49 »	34 »	—	153 »
					172 »
L.M. . . .	♀	50 »	23,50 »	42,95 mg. o/o	127 »
Sz.M-.né . .	♀	80 »	22 »	—	232 »
G.E. . . .	♂	72 »	30,87 »	31,8 »	
E.L. . . .	♂	27 »	20,6 »	89,0 »	168 »
Derm. herp. Dühring :					
K.Zs. . . .	♀	54 »	24,4 »	—	226 »
H.D. . .	♀		24,5 »	—	184 »
M.L. . . .	♀		23,3 »	—	231 »
K.M-né . . .	♀	50 »	24,3 »	—	214 »
B.M. . . .	♂	12 »	21,72 »	—	168 »
M.E. . . .	♂	17 »	20,59 »	—	228 »
			26,72 »	—	242 »
B.J. . . .	♂	43 »	26,27 »		250 »

Pour évaluer ces résultats, il est nécessaire de les comparer aux données biologiques. Les valeurs normales du *potassium* sont 18-20 mgr. o/o, et celles de la cholestérine 150-180 mgr. o/o. Dans des recherches de contrôle nous avons obtenu des valeurs quelque peu supérieures ; mais la différence entre la moyenne générale au cas de pemphigus et celle des contrôles a été de 20 o/o. La différence aurait été plus grande si les résultats obtenus en état de cachexie et près de la mort ne l'avaient pas altérée. Comme Gougerot l'a observé dans les cas de pemphigus avec cachexie, la teneur en potassium et en cholestérine se déplace vers la normale peu avant le décès. Aussi trouve-t-on dans notre tableau des valeurs presque

normales dans les cas en état de cachexie. Des observations analogues ont été faites aussi dans d'autres maladies comportant des altérations chimiques (par exemple : urémie). En ce qui concerne la *cholestérine* nos malades ont montré également des valeurs augmentées de 10,6 o/o. Nos recherches personnelles confirment donc l'augmentatiton du potassium et de la cholestérine dans le pemphigus et la dermatite herpétiforme.

D'autres auteurs ont cru trouver une relation entre les glandes surrénales et ces maladies. Talbott attire l'attention, en 1940, sur les infiltrations sanguines dans le cortex des glandes surrénales au cours du pemphigus (2 cas). En 1942, Goldman, Markham et Schäfer acceptent les relations du pemphigus et du cortex des glandes surrénales. Tout récemment, Goldzieher a présenté une série d'observations semblables (10 cas).

D'après ces recherches, il semble possible que le cortex des glandes surrénales ait aussi un rôle dans la production du pemphigus et de la dermatite herpétiforme. Il n'est pas impossible, naturellement, que d'autres facteurs endocriniens ou d'autre nature participent aussi a leur étiologie.

(*Travail de la Clinique dermatologique de l'Université de Pázmány Péter à Budapest.* Directeur : Prof. Földvári).

BIBLIOGRAPHIE

Bechholds. — *Die Kolloide in Biologie und Medizin*, Dresde, 1928.
Burrows. — *Biological actions of sexhormons*, 1945.
Cameron. — *Recent advances in Endocrinology*, 1945.
Eppinger. — *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1937.
Fanconi. — *Schweiz. Med. Wochschr.*, 1946, **8**.
Földvári. — Der gegenwärtige Stand der Pemphigusfrage nebst pathogenetische Experimentellen und therapeutischen Erfahrungen, 1936.
Franzolin. — Ricerche sul liquido di bolla. *Acta. me. patavina*, 1941.
Gougerot. — A propos du syndrome humoral de la maladie de Duhring-Brocq. *Zentr f. H. und Geschl*, 1942, 31.
Jadassohn. — *Handbuch d. H. und Geschl. Krankheiten*, VII/2.
Keller. — *Ergeb. Physiol.*, **30**, 1930, 293.
Keller. — *Presse médicale*, août 1937.
Keyser. — *The Lancet*, 1947, 11.
Kaunitz et Schober. — *Zeitr. f. Klin. Med.*, 1937.
Kaunitz et Schober. — *Zeitr. f. Klin. Med.*, 1936.
Lichtwitz, Liesegang et Spiro. — *Med. Kolloidlehre*, Dresde, 1935.
Radaeli. — *Pemfigo e Pemfigoidi*, Gênes, 1931.
Sidjanin. — *Bp. Orv. Ujság*, 1932.
Turpin. — Le syndrome physicochimique de la maladie de Duhring-Brocq. *Zentr. f. H. und Geschl. Krankh.*, 1940, 667.
Urbach et Wolfram. — Die Virusgenese. *Delib. Dermat. Intern.*, 1935.
Verzár. — *Function der Nebennierenrinde.*
Verzár. — Wirkungsmechanismus des Nebennierenrindenhormons. *Schw. Med. Wochschr*, 1944.
Went. — *Altalános kortan vázlata*, Bp. 1940.



FIG. 106. — Syndrome de Senear-Usher ou pemphigoïde séborrhéique, chez un nègre (O. G. COSTA, Belo Horizonte, Brésil).



Fig. **107**. — Maladie de Pick-Herxheimer (femme de 66 ans) (Sézary).



Fig. **108**. — Porokératose de Mibelli (Grzybowski, Varsovie).



Fig. **110**. — Érythème multiannulaire centrifuge de Darier (C. Weill, Metz).

Fig. **109**. — Acanthosis nigricans de l'aisselle (Watrin, Nancy).



Fig. 111. — Pityriasis rubra pilaire (Touraine).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALLERGIE INFECTIEUSE. ESSAIS THÉRAPEUTIQUES A L'AIDE D'INJECTIONS INTRADERMIQUES D'ANATOXINE STAPHYLOCOCCIQUE

Par A. BOCAGE et E. PERTHAIN

Parmi les réactions biologiques provoquées par l'infection microbienne de l'organisme, les phénomènes allergiques constituent un facteur important. Les effets immunologiques, résultant du contact des agents infectieux ou de leurs produits avec les éléments tissulaires et humoraux qui participent à la lutte contre les germes pathogènes, sont dus à deux mécanismes différents. Les toxines sont à l'origine de l'un et les protéines ou les hydrates de carbone microbiens, de l'autre.

Les premières déclenchent la formation d'anticorps (antitoxines) à condition que l'organisme soit capable de maîtriser les germes envahisseurs. Des sujets dont le taux humoral d'antitoxines s'élève suffisamment grâce à ce mécanisme, présentent une modification de la réaction cutanée à la toxine laquelle, injectée par la voie intradermique, donne un résultat négatif, considéré comme témoin de l'immunisation, alors que la positivité de cette épreuve indique la sensibilité vis-à-vis des agents infectieux, producteurs de la toxine que l'on veut étudier. C'est sur ce principe que sont basés les différents tests d'exploration immunologique pour la diphtérie (Schick), la scarlatine (Dick), l'érysipèle ou les staphylococcies (Bocage et Mercier) (1), (Gernez et Pannequin) (2).

Par contre, l'organisme réagit aux microbes pathogènes, vivants ou morts, par la production d'anticorps antibactériens principalement tissulaires. En effet, l'injection intradermique de l'antigène microbien est suivie de l'interaction de celui-ci avec les anticorps. La réaction tardive sous forme d'une papule inflammatoire à apparition retardée et persistant au delà de 24 heures, en est le corollaire, lorsque l'on pratique ces tests chez des personnes atteintes ou guéries de l'infection dont les agents fournissent l'antigène en question. Rarement, on observe le type précoce, urticarien et fugace, dû à la présence d'anticorps humoraux. Il s'agit dans ces cas d'une réaction allergique, vasculo-humorale, soit d'une allergie spécifique permettant la transmission passive par la méthode de Prausnitz-Küstner (Urbach), soit d'une hypersensibilité protéinique non spécifique. Le comportement de la piqûre témoin permet une interprétation précise des résultats.

Ainsi, l'infection détermine, d'abord, un état d'hypersensibilité vis-à-vis des germes et, ensuite, au cours de certaines affections microbiennes, une immunité temporaire ou permanente. Cependant l'établissement de celle-ci dépend, d'une part, de l'aptitude de l'organisme à réagir et, d'autre part, de la nature des agents contaminateurs. Mais, si ces faits sont applicables sans restrictions, — à l'exception de celles que nous venons de rappeler —, aux infections généralisées, le comportement des phénomènes allergiques et immunologiques est différent au cours des affections microbiennes localisées.

Les recherches de Menkin (3) sur les relations de l'inflammation et la diffusion de certains colorants dans les tissus et les travaux de Hite, Banks et Dack (4), de Fleming (5) ainsi que ceux de Hughes (6), étudiant l'influence des réactions inflammatoires sur les foyers staphylococciques, laissent supposer que la résorption des produits microbiens est entravée par les altérations tissulaires périfocales qui, s'opposant au passage des substances à grande molécule, agissent comme une membrane douée d'une perméabilité seulement relative. Dès lors, la formation d'anticorps est réduite ou complètement inhibée et la vaccination tant antimicrobienne qu'antitoxique peut être une méthode thérapeutique adjuvante efficace. Il convient cependant de mentionner le fait que, parfois, les foyers infectieux prédisposent à l'allergie dont les manifestations sont déclenchées ou entretenues à la faveur d'un abaissement du seuil de tolérance vis-à-vis des antigènes d'origine non microbienne. Les observations cliniques de Urbach (7) ainsi que de Naegeli (8) et les expériences de Bieling (9) et de Cormia (10) ont apporté des preuves à l'appui de cette conception.

Les faits que nous venons d'exposer justifient l'opinion de Fleming ainsi que de Goodman (11). Ces auteurs préconisent l'application thérapeutique conjuguée des deux mécanismes biologiques d'immunisation et de désensibilisation par le mélange de vaccin-anatoxine staphylococciques. Bien souvent, le traitement des staphylococcies tenaces ou récidivantes, notamment des furonculoses et des pyodermites, par une seule de ces méthodes biologiques s'avère efficace.

Il existe cependant des malades chez lesquels ces procédés thérapeutiques échouent ; les poussées d'infection cutanée continuent malgré une ou plusieurs séries d'injections d'auto ou stockvaccin ou d'anatoxine.

Nous avons recueilli un certain nombre de cas atteints de staphylococcies récidivantes du tégument dont l'évolution ne fut pas influencée par l'anatoxithérapie staphylococcique ou d'autres traitements généraux anti-infectieux, comme des divers vaccins, l'autohémothérapie, les antibiotiques, etc.

Après avoir recherché le comportement de l'allergie cutanée vis-à-vis de l'anatoxine à l'aide de l'intradermoréaction que Tzanck (12), Gernez et Pannequin (2) conseillent de pratiquer avant tout traitement afin de tâter la sensibilité du sujet et d'éviter les risques d'une intolérance, test, qui pour Touraine et Gaté serait, peut-être, un moyen de contrôle insuffisant —, l'anatoxine fut administrée à des malades par la voie intradermique. Le

choix de ce mode de l'introduction du produit staphylococcique, aussi bien que les règles du traitement étaient basés sur les conceptions des phénomènes allergiques et immunologiques précédemment exposées et sur les résultats de l'exploration de la réactivité du sujet, dans la mesure où celle-ci se manifeste au niveau de la lame dermo-épidermique lors des épreuves. Ajoutons que l'administration intradermique favoriserait, d'après Feinberg et Bernstein (13), la résorption de l'antigène et la production d'anticorps tissulaires. Cependant, cette voie d'introduction est plus douloureuse que les injections sous-cutanées, notamment pour les concentrations d'antigène plus élevées.

Les *tests intradermiques* ont été pratiqués suivant une technique semblable à celle de Gernez et Pannequin (2). Nous avons préparé, avec du sérum physiologique, des dilutions au centième et au millième d'anatoxine staphylococcique de l'Institut Pasteur, titrant 10 unités d'antigène par centimètre cube. Les piqûres, à la dose de 0 cm³ 1 et au nombre de trois (dilutions à 1/100, à 1/1.000 et témoins : sérum physiologique), distantes d'environ 6 centimètres les unes des autres, furent faites au niveau de la face de flexion de l'avant-bras. Les résultats ont été observés après un délai de 20 minutes (réaction précoce), de 24 et 48 heures (réaction tardive) et ils ne furent considérés comme étant positifs que lorsque les dimensions de la papule ortiée ainsi que de l'érythème limitrophe étaient le double de celles de l'épreuve intradermique témoin pour la réaction précoce d'une part, et si d'autre part, les phénomènes inflammatoires (érythème et infiltration tissulaire) de la réaction tardive, dépassant en intensité les altérations cutanées provoquées, exceptionnellement d'ailleurs, par l'injection de contrôle, persistaient au delà de 24 heures. En outre, nous avons tenu compte des manifestations d'ordre focal ou général, déclenchées par les épreuves intradermiques, dans l'évaluation des réactions et, le cas échéant, le seuil de la réactivité tégumentaire fut déterminé par des dilutions d'anatoxine à 1/5.000, voire à 1/10.000.

Afin d'éviter des erreurs d'interprétation, susceptibles de se produire chez des sujets très sensibles à l'antigène, lorsque l'on utilise seulement une seringue ou une aiguille pour les différentes concentrations d'anatoxine, nous en avons destiné un jeu à chacune des dilutions et à la solution témoin.

Le *traitement intradermique*, appliqué uniquement aux malades chez lesquels les tests avaient révélé un état de sensibilisation humorale ou tissulaire vis-à-vis de l'anatoxine staphylococcique, comportait une série d'injections bihebdomadaires faites au niveau des avant-bras ou des cuisses. Leur nombre total et la posologie dépendaient, avant tout, des réactions individuelles. La dose initiale était 0 cm³ 1 d'une dilution ayant juste provoqué une faible réponse dermo-épidermique (seuil de réactivité) au cours des épreuves d'exploration. C'est ainsi que l'on débutait, par exemple, avec l'anatoxine staphylococcique au millième lorsque le sujet présenta un test intradermique positif pour cette concentration, mais négatif au taux inférieur. Ensuite, en absence de réactions, l'on multipliait les injections, à

raison de 0 cm³ 1, pratiquant d'abord deux et, puis, trois piqûres intradermiques de la même dilution sans dépasser ce dernier chiffre par séance. Ultérieurement et, suivant la tolérance, l'on augmentait la concentration en la doublant chaque fois, passant de 1/1.000 à 1/500 ou de 1/250 à 1/100, etc..., pour atteindre progressivement la dose finale de trois injections intradermiques d'anatoxine non diluée, dose que l'on répète, à titre de piqûre de rappel, une fois par mois, même après la guérison clinique.

Le comportement de l'intradermo-réaction anastaphylotoxique, pratiquée suivant la technique précitée, fut étudié chez 40 personnes atteintes de staphylococcies dont :

Furoncles, hidradénites	24	cas
Folliculites, sycosis, impétigo	7	»
Acné papulo-pustuleuse	7	»
Dermo-épidermites	2	»

Sur ce nombre, il y eut 27 malades chez lesquels une ou plusieurs séries antérieures d'injections sous-cutanées d'anatoxine avaient échoué et 4 cas qui ont été traités avec succès. Nous avons également exploré l'allergie tégumentaire vis-à-vis de cet antigène chez 9 sujets n'ayant pas encore reçu la vaccination anastaphylotoxique hypodermique.

Les résultats des tests intradermiques furent les suivants :

	Anatoxine diluée à	Réaction I. D. précoce				Réaction I. D tardive			
		négative		positive		négative		positive	
		Nombre de cas	o/o	Nombre de cas	o/o	Nombre de cas	o/o	Nombre de cas	o/o
Furoncles, hidradénites 24 sujets	1/1000	20	83	4	17	17	71	7	29
	1/100	16	66	8	34	13	54	11	46
Folliculites, sycosis, impétigo 7 sujets	1/1000	5	71	2	29	4	57	3	43
	1/100	4	57	3	43	3	43	4	57
Acné papulo-pustuleuse 7 sujets	1/1000	6	86	1	14	4	57	3	43
	1/100	6	86	1	14	3	43	4	57
Dermo-épidermite [illegible] sujets	1/1000	—		2		1		1	
	1/100	—		2		—		2	

Nous n'avons observé des *réactions focales* (prurit ou légère poussée) et *générales* (élévation thermique), déclenchées par les épreuves intradermiques, que chez 3 cas. Les deux premiers malades faisant des folliculites rebelles à des séries antérieures d'injections sous-cutanées d'anatoxine staphylococcique, bien tolérées d'ailleurs, et le troisième sujet neuf atteint d'une dermo-épidermite consécutive à un furoncle de la nuque, présentèrent des intradermoréactions précoce aussi bien que tardive fortement positives à cet antigène.

La confrontation du comportement de la réactivité de la peau vis-à-vis de l'anatoxine des malades déjà traités (31 cas) et des sujets neufs (9 cas) a permis les constatations suivantes :

Parmi 27 personnes dont l'affection microbienne ne fut pas influencée par des piqûres hypodermiques du produit staphylococcique, 21 (= 78 o/o) ont montré un résultat positif des tests intradermiques qui étaient négatifs chez 6 (= 22 o/o), alors que dans 4 cas, ayant été traités avec succès par cette thérapeutique, la positivité des épreuves tégumentaires ne fut observée qu'une fois. Quant aux 9 malades dont l'allergie cutanée fut explorée avant le traitement par l'anatoxine, les intradermo-réactions étaient positives chez 6 (= 67 o/o ou 2/3) et négatives dans 3 cas (= 33 o/o ou 1/3).

Le test intradermique, vérifié chez une acnéique, sujet neuf, avant et après une série d'injections sous-cutanées d'anatoxine qui améliora considérablement la dermatose, ne subit pas de modification et fut trouvé négatif lors des deux examens.

La nature ainsi que la durée des staphylococcies ne semblent pas présenter un rapport avec les résultats ou l'intensité des intradermo-réactions anastaphylotoxiques et, d'après les constatations que nous avons faites chez 12 malades de cette série, le comportement des épreuves intradermiques à l'anatoxine staphylococcique ne saurait constituer un critère de la réponse ou du taux humoral antitoxiques des sujets vaccinés. Par contre, la positivité très marquée du test intradermique doit inciter à une conduite prudente de la vaccinothérapie anastaphylotoxique. Ces faits confirment donc les observations de Tzanck, de Gernez et Pannequin.

Le traitement intradermique par l'anatoxine dont les modalités ont été exposées, fut appliqué chez 12 cas comprenant :

Furonculose	7	cas
Folliculites, sycosis	2	»
Acné papulo-pustuleuse	3	» (2 sujets neufs).

Nous avons observé des réactions consécutives aux piqûres dans une proportion assez considérable parmi nos malades. En effet, sur 10 malades ayant déjà reçu, sans succès, la vaccination anastaphylotoxique sous-cutanée, ont présenté au cours du traitement par la voie intradermique :

— des réactions locales, le plus souvent peu marquées, apparaissant au bout de quelques heures après l'injection et disparaissant le lendemain : 6 cas.

— des réactions focales (prurit, petite poussée congestive), également bénignes : 5 cas.

— des réactions générales, dont la durée ne dépassait guère six à douze heures, sous forme d'une légère fatigue : 2 cas ; et d'une élévation thermique inférieure à 38° ou 38°5 : 1 cas.

Les deux sujets neufs n'ont fait que des réactions locales insignifiantes.

Signalons des phénomènes de reviviscence qui se manifestèrent chez une malade atteinte de furonculose, au niveau du siège d'anciennes lésions déjà disparues et des points où l'on avait pratiqué les injections hypodermiques d'anatoxine. D'autre part, deux sujets chez lesquels la vaccination anastaphylotoxique sous-cutanée antérieure fut assez mal supportée (réactions locales et générales marquées), ont bien toléré l'anatoxithérapie intradermique.

Les réactions ne semblaient pas présenter une relation avec la forme, l'intensité ou la durée des staphylococcies et elles furent surtout rencontrées à la suite d'une augmentation de la concentration de l'antigène. Nous voulons cependant insister sur leur caractère bénin et leur importance pour la conduite du traitement permettant la mise en œuvre d'une posologie appropriée à chaque cas.

Chez les malades qui ont bénéficié de cette thérapeutique, l'effet favorable se manifestait d'une façon précoce ; l'évolution des lésions cutanées était accélérée d'abord, puis atténuation et, enfin, disparition des phénomènes morbides.

Les tests intradermiques à l'anatoxine devenaient négatifs au cours et après le traitement, mais la négativation complète des intradermo-réactions ne fut pas observée pour l'antigène non dilué. Cette constatation s'applique aussi bien aux sujets dont la staphylococcie disparut par la vaccination intradermique qu'aux malades chez lesquels celle-ci s'avéra inopérante.

Le titre sérique d'antitoxine ne fut pas modifié chez 3 malades dont le taux d'anticorps sanguin a été vérifié à plusieurs reprises et il resta inférieur à trois unités, malgré l'effet favorable du traitement dans 2 cas.

Nous pourrions en conclure que la désensibilisation et l'immunisation sont deux phénomènes biologiques différents, que la première fut réalisée par l'anatoxithérapie intradermique entraînant chez un certain nombre de malades la disparition des manifestations cutanées morbides, sans que la seconde se produisît. Il est également possible que cette thérapeutique agisse par un mécanisme non spécifique à la faveur des produits protéiniques que renferme l'antigène.

Les résultats thérapeutiques que nous avons constatés chez ce nombre restreint de malades sont les suivants :

Sur les 10 cas anciens n'étant pas influencés par la vaccinothérapie anastaphylotoxique sous-cutanée antérieure, le traitement intradermique a été couronné de succès chez 6 cas et il échouait dans 4 cas, alors que les 2 sujets neufs doivent être considérés comme un échec malgré une certaine amélioration passagère au cours de la série de piqûres.

Sans vouloir éliminer complètement l'hypothèse d'une rémission spontanée, toujours possible dans les staphylococcies cutanées, mais peu pro-

bable pour nos cas d'infection évoluant à poussées subintrantes et rebelles à la thérapeutique, nous suivons les sujets chez lesquels cette méthode semble avoir réussi, depuis une période de 2 à 4 mois et nous n'avons pas encore observé des récidives.

La vaccinothérapie mixte ayant été préconisée par certains auteurs que nous avons mentionnés précédemment, un traitement par l'auto-vaccin fut institué chez 3 sujets atteints de furonculose dont les poussées ne furent pas influencées malgré l'anatoxine staphylococcique, mais les résultats n'en étaient pas améliorés.

Le terrain, des tares du métabolisme intermédiaire ou des glandes endocrines, une déficience du système réticulo-endothélial ou la nature particulière (virulence) des agents infectieux pourraient en être des facteurs non négligeables.

Le nombre de cas dans notre série expérimentale est, certes, encore trop restreint pour permettre des conclusions définitives, mais certains faits qu'il conviendrait de vérifier et de préciser par des recherches ultérieures semblent se dégager de l'ensemble de nos observations ébauchant peut-être une approche à la solution des problèmes allergiques et immunologiques de l'infection staphylococcique cutanée, dont le traitement met parfois et patient et médecin en face de grandes difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bocage et Mercier. — *Soc. fr. Dermatol.* Séance du 12 novembre 1936.
2. Gernez et Pannequin. — *Rev. d'Immunol.*, 1937, p. 97.
3. Menkin. — *Lancet*, t. **1**, 1935, p. 981.
4. Hite, Banks et Dack. — *Journ. infect. Dis.*, 1938, p. 317.
5. Fleming. — *Brit. Med. Journal*, t. **2**, 1939, p. 99.
6. Hughes. — *Brit. Med. Journal*, t. **1**, 1945, p. 366.
7. Urbach. — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1924, p. 146.
8. Naegeli. — *Klin. Wochenschr.*, 1927, p. 25.
9. Bieling. — *Medizinã. Chemie*, 1934, p. 76.
10. Cormia. — *J. invest. Dermat.*, 1938, p 199.
11. Goodman. — *Arch. of Dermat. a. Syphil.*, 1943, p. 640.
12. Tzanck. — *Soc. fr. Dermatol.* Séance du 10 janvier 1936.
13. Feinberg et Bernstein. — *Journ. Allergy*, 1937, p. 523.

LE DÉVELOPPEMENT ET L'ORIENTATION DE LA DERMATOLOGIE BULGARE

Par St. STOYANOFF
Chef-assistant de la clinique

Il semble nécessaire de rappeler quelques données historiques pour mieux situer le développement et l'orientation de la pensée médicale en général, et de la pensée dermatologique en particulier, en Bulgarie.

Le développement et l'épanouissement des valeurs culturelles (artistiques, scientifiques, techniques, etc.) s'observe surtout au cours de l'indépendance nationale et du progrès économique des peuples. C'est vrai dans l'histoire antique, c'est encore plus démonstratif dans les temps modernes.

Douze siècles d'existence du peuple bulgare, sept siècles sous l'oppression étrangère, à peine sept décades depuis sa libération de l'occupation turque par les armées russes, voilà l'histoire en quelques chiffres de ce petit peuple occupant une partie des Balkans, à la croisée des chemins et à la porte de l'Asie. Soixante-dix ans d'indépendance nationale, mais jamais une vraie prospérité économique. Il est difficile, pour un temps si court et dans des conditions matérielles insuffisantes, de voir un développement de la culture d'une certaine valeur. Et pourtant, depuis 70 ans, nous assistons au réveil d'un petit peuple, avide de progrès, voulant ardemment s'instruire et, dans ses possibilités, s'efforcer de créer non seulement des valeurs matérielles mais aussi et surtout des valeurs spirituelles. Il est à noter que notre peuple est plus en avance dans le domaine spirituel que matériel.

Avant la guerre de 1914-1918, la formation des médecins se faisait en Russie, en France et en Allemagne. Nous n'avions pas encore de Faculté de Médecine. On voit, au cours du temps entre les deux guerres, le développement de la Faculté de Médecine de Sofia et l'épanouissement de la pensée médicale. La Faculté de Médecine était le centre, non seulement de la formation, de l'instruction de la plupart des médecins bulgares, mais aussi et surtout la formation des techniciens, des chercheurs, des organisateurs de traditions et d'habitudes scientifiques. Ces derniers qui étaient les premiers professeurs, les premiers maîtres à la Faculté, devaient avoir des qualités particulières. Certains ont laissé des traces non seulement chez nous, mais leurs travaux sont cités à l'étranger. Tel est par exemple le fondateur de la dermatologie bulgare, feu le Pr Beron. Ayant fini ses études médicales en Russie, il a pu se spécialiser en dermatologie en Allemagne et en France. Ce goût de cosmopolitisme médical règne toujours à la clinique dermatologique de Sofia. Nous aimons nous réclamer de toutes les écoles dermatologiques. Et pourtant, il faut le dire malgré tout, avec prédominance de l'école dermatologique française, qui est due non seulement aux contributions des savants français à la pensée dermatologique, mais aussi à la formation médicale de beaucoup de dermatologues bulgares dans les universités françaises. Le Pr Béron était un organisateur de premier plan, il a réussi à former un nombre suffisant de dermatologues pour les besoins du pays et certains ont pu dignement le remplacer et continuer son œuvre féconde. Il a donné presque tout son avoir pour construire une clinique moderne de dermatologie, avec 250 lits, tous les laboratoires et physiothérapies nécessaires. Son successeur, l'actuel directeur de la Clinique universitaire

de dermatologie, le Pr L. Popoff, a continué et perfectionné l'enseignement, les recherches et l'outillage de la clinique. De formation médicale française, ancien élève de Ravaut et Jeanselme, il a donné, avec ses élèves, un rayonnement particulièrement brillant à la dermatologie bulgare. Si, il y a 25 ans, la dermatologie était rudimentaire, presque inexistante, nous pouvons dire actuellement qu'il existe déjà une école dermatologique bulgare. Sur maintes questions, nous avons nos recherches et points de vue propres. Malgré que ces contributions soient pour le moment modestes, elles nous aideront plus tard à faire le point sur plus d'une question. Toutes ces questions, et les cas intéressants, sont discutés aux séances de chaque samedi à la Clinique, séances qui sont véritablement une école dermatologique.

Depuis des années, les teigneux de toute la Bulgarie sont soignés dans la Clinique et nous avons pu étudier à fond les *champignons parasites* de l'homme et faire la géographie mycosique de notre pays. Les recherches du Pr Popoff, de MM. Zacharieff, Stoyanoff et d'autres ont démontré que les teignes, chez les enfants, sont à prédominance trichophytique et rarement microsporique. 85 o/o des teignes trichophytiques sont dues au *Trichophyton violaceum*. Le favus existe plutôt parmi la population mahométane. Le *Trichophyton violaceum* donne des formes cliniques particulièrement intéressantes. Nous avons observé des formes simulant le lupus érythémateux, l'acné rosacée, le psoriasis, l'eczéma et les eczématides, le parapsoriasis, la cheilite, etc... Ce qui est à souligner c'est que ces formes ne sont pas rares et nous pensons toujours aux champignons en cas de dermatose parakératosique et vérifions microscopiquement. Il est à remarquer que nous constatons rarement des dermatomycoses chez nous. De temps en temps, des actinomycoses, quelques cas de mycétomes (Béron), très peu de sporotrichoses et de blastomycoses.

La tuberculose en général, et la tuberculose cutanée en particulier, est très répandue chez nous. Des formes très variées sont observées, et relativement souvent des ulcérations de primo-infection ou de surinfection en complexe d'ulcération de primo-infection. Mais parmi toutes les formes de tuberculose cutanée, nous ne voyons que rarement des manifestations tuberculeuses accompagner le lupus érythémateux. Cette constatation, avec beaucoup d'autres arguments qui sont exposés dans l'intervention du Pr Popoff à la séance de Strasbourg sur le lupus érythémateux, ont incité plusieurs dermatologues bulgares (Popoff, Popchristoff, Batcharoff), à chercher ailleurs l'étiologie et la pathogénie de cette curieuse maladie. Les recherches qu'ils ont entreprises les ont amenés à constater que les malades atteints de lupus érythémateux ont une hypo-acidité ou une achylie gastrique dans environ 85 o/o des cas. Avons-nous une dermatose par suite de la mauvaise assimilation de certaines substances catalyseurs ? En tout cas, le lupus érythémateux n'est pas une tuberculide.

La fréquence des *photo-dermatoses* n'est pas plus grande qu'ailleurs et nous n'avons rien de particulier à signaler, sinon une observation d'une

porphyrinopathie vraie (maladie de Günter) survenant l'hiver avec une insufsance hépatique manifeste.

Les travaux sur l'*allergie* du Pr Popoff et du Pr agrégé Popchristoff ont pu amener ces derniers à concevoir la maladie de Dühring-Brocq comme une manifestation allergique et la traiter comme telle, avec un succès presque complet avec le bleu de trypan. D'après ces auteurs, la maladie de Dühring-Brocq n'a rien de commun avec le pemphigus. Cette dernière dermatose est fréquente chez nous. Les recherches sur son origine infectieuse par ultra-virus n'ont rien donné, malgré qu'on ait observé des cas familiaux.

Dans la Clinique dermatologique sont soignés des cas de *brûlures*, parmi lesquels nous avons eu des épileptiques. Le Pr Popoff a été frappé par le peu de réactions observées chez ces malades, malgré l'étendue et la gravité des brûlures, parfois occupant la moitié du corps ; pas de température notable, pas de vomissements, pas d'agitation et, ce qui est curieux, pas de réaction ni de choc hémoplasique avec des injections répétées de sérum anti-diphtérique ou autre substance anaphylactoïde.

Citons encore les travaux du Pr Popoff sur l'*ulcère de Lipschütz* qu'il considère comme une manifestation de l'érythème polymorphe et non une maladie autonome. Les observations sur le *dermatomyosite* (ou maladie de Wagner-Potain) nous amène à considérer cette curieuse affection comme une entité morbide dans le cadre de laquelle doivent rentrer beaucoup de cas de lupus érythémateux aigu et subaigu et de poïkilodermie. Malgré les recherches sur son étiologie par virus filtrant, on n'a rien pu trouver.

Les travaux du Pr Popoff et du Pr agrégé Balabanoff dans le domaine de l'*histologie pathologique* de la peau ne sont pas négligeables. Leurs observations des stroma-réactions dans les épithéliomas et l'importance des épithéliums mixtes les ont amenés à prévoir le pronostic de certaines dégénérescences épithéliomateuses. Le Dr Balabanoff a pu confirmer les travaux histologiques des auteurs identifiant l'érythroplasie de Queyrat à la maladie de Bowen.

Les *maladies vénériennes* sont moins répandues chez nous que chez certains de nos voisins. Nous n'avons que des cas très rares de la maladie de Nicolas-Favre et le plus souvent des cas importés. Par contre, on rencontre fréquemment des cas d'*induratio penis plastica*, ce qui infirme la théorie que cette maladie est une séquelle de la maladie de Nicolas-Favre. Nous n'avons presque pas de chancre mou. La syphilis et la blennorragie ont été en augmentation pendant et tout de suite après la guerre. Dernièrement, nous assistons à une tendance nette de diminution des cas récents d'infection syphilitique. La syphilis endémique, qui existait il y a quelques années, a pu être complètement assainie. Le traitement de la syphilis reste

toujours mixte, arséno-bismuthique. Ne produisant pas et par conséquent n'ayant pas de pénicilline en grande quantité à notre disposition, nous n'avons pas beaucoup d'expérience sur le traitement de la syphilis par cette dernière médication. Cependant, les recherches du Pr agrégé Popchristoff et de l'assistant Levkoff, à la suite de la communication de Merklen et de Graziansky sur la tolérance du novar en présence de la pénicilline s'avère d'ores et déjà très intéressantes. Ces deux auteurs ont pu confirmer les observations de Merklen et Graziansky et ont fait d'autres expériences et observations qu'ils publieront ultérieurement.

Bien entendu, dans cet article je ne pourrais qu'esquisser et citer incomplètement les travaux de la dermatologie bulgare. Notre jeune école dermatologique a encore beaucoup à travailler et à apprendre. Ayant suivi ses aînées, les écoles dermatologiques étrangères, au commencement et dans une certaine mesure même maintenant, l'école dermatologique bulgare était d'orientation morphologique. L'évolution de la pensée médicale depuis un certain temps vers la biologie et le terrain ne pouvait pas ne pas se refléter sur la dermatologie. Les découvertes des vitamines, des hormones, le rôle de l'hérédité et de la constitution ont incité une foule de dermatologues à chercher ailleurs l'explication des manifestations cutanées morbides. La morphologie ne suffit plus ; les chercheurs de « trèfles à quatre feuilles » ne sont plus à la mode, comme dit M. Touraine. Cette dernière orientation de la pensée dermatologique s'observe aussi chez nous.

Travail de la Clinique Universitaire des Maladies cutanées et vénériennes de Sofia (Directeur : Pr L. Popoff).



LE PSORIASIS AUX POINTS DE VUE PRONOSTIQUE ET HÉRÉDITAIRE (1)

Par Torsten ROMANUS (Stockholm)

La question de l'étiologie du psoriasis reste toujours obscure. De nombreuses recherches sur l'existence d'un virus qui pourrait provoquer le psoriasis n'ont pas été couronnées de succès; on n'a pas, non plus, reconnu le rôle de facteurs étiologiques de « milieu ». Ces échecs permettent de soupçonner une cause héréditaire et un certain nombre de travaux ont porté sur les relations génétiques du psoriasis. Les uns admettent une hérédité en récessivité, les autres en dominance ; mais il ne semble pas que les études entreprises jusqu'ici aient apporté une solution satisfaisante

A de rares exceptions près, la littérature médicale se montre assez sombre au sujet d'une guérison durable de cette affection. Il n'a cependant pas été fait de recherches précises dans ce sens.

J'ai disposé d'un matériel composé de 1.417 cas de psoriasis dont la plus grande partie a été soignée à l'hôpital Saint-Göran, à Stockholm (Policlinique dermatologique), de 1899 à 1922. Sur 768 malades (54 o/o) qui ont été recherchés pour compléter leur observation, 438 (31 p. 100) étaient morts et 211 (15 o/o) avaient changé de domicile et n'ont pu être retrouvé.

Le délai qui s'est écoulé entre la date de leur première inscription et celle des recherches a été, en moyenne, de 30 ans ; de 21 ans au plus court, de 50 au plus long. L'âge moyen des malades, au moment des recherches a été de 50 ans.

*

* *

1. Sur 232 cas observés depuis le moment d'apparition des premières manifestations du psoriasis, 21 o/o sont restés exempts de tout symptôme pendant une moyenne de 20 ans ; 19 o/o n'en sont restés que partiellement exempts (à intervalles d'au moins un an), tandis que 60 o/o conservaient des éléments de psoriasis de manière constante.

(1) Résumé par l'auteur, d'un important travail « Psoriasis from a pronostic and hereditary point of view » paru dans les *Acta dermato-venereologica*, supplément XII, Appelbergs Boktryckeri. A. B. Upsala, 1945.

En outre, la durée des manifestations a été d'un an au plus dans 16 o/o, de 5 ans dans 20 o/o.

Il n'a pas été constaté de différences entre les cas exempts de récidive, quelle qu'ait été leur localisation (cuir chevelu, coudes, genoux, etc.) et les autres, ni à propos de la fréquence des récidives chez ceux qui ont été l'objet de soins hospitaliers au début de la maladie.

2. Sur 468 cas enregistrés plus d'un an après l'apparition de la maladie, 8 o/o n'ont pas récidivé, 16 o/o ont eu des manifestations intermittentes et 76 o/o des manifestations continues.

Sur 455 cas à manifestations continues et compte tenu des localisations notées lors du premier examen et des examens postérieurs, 11 o/o s'étaient améliorés, 37 o/o étaient restés stationnaires et 52 o/o s'étaient aggravés.

La fréquence du psoriasis chez les aliénés ou parmi les recrues de l'Armée est à peu près la même (2 à 3 o/o) dans mes relevés personnels que dans la littérature médicale antérieure.

Dans le jeune âge, hommes et femmes sont exposés au psoriasis dans les mêmes proportions ; à un âge plus avancé on compte presque deux fois plus de cas chez l'homme que chez la femme.

La moitié des hommes a été atteinte avant l'âge de 19 ans, la moitié des femmes avant celui de 12 ans ; les trois quarts des hommes ont commencé leur psoriasis avant 26 ans, les trois quarts des femmes avant 19 ans.

Une localisation symétrique des éléments existait dans 15 o/o de mes cas personnels. Le psoriasis s'est généralisé, au cours de son évolution, dans 15 o/o des cas, sans qu'on puisse établir de pronostic spécial pour la forme généralisée vis-à-vis des autres modalités d'éruption ; des psoriasis généralisés ont pu rester définitivement exempts de symptômes.

Une polyarthrite chronique nécessitant l'hospitalisation a été notée dans la proportion de 2 o/o des cas. Le risque de polyarthrite nécessitant l'hospitalisation a été de 1,4 o/o pour les malades atteints de psoriasis jusqu'à l'âge de 50 ans, alors qu'il a été de 5,3 o/o pour le reste de la population générale. La fréquence des atteintes bénignes des articulations n'a pas été prise en considération car les chiffres comparatifs n'existent pas en ce qui concerne le reste de la population ; cette constatation aurait donc été sans valeur.

Seuls, deux cas de cancer de la peau ont été enregistrés.

On ne peut noter de différences, vis-à-vis des causes de mortalité, entre les psoriasiques et le reste de la population.

*
* *

Pour les recherches sur l'*hérédité*, on n'a tenu compte que des ascendants âgés d'au moins 30 ans.

La fréquence du psoriasis chez les ascendants des sujets examinés a été de 121 cas sur 1.460, c'est-à-dire 8,3 ± 0,72 o/o. Chez les frères et sœurs (méthode de Dahlberg) elle a été de 109 cas sur 1.214, c'est-à-dire de

9,0 ± 0,8 o/o. Chez les enfants de psoriasiques, elle atteint 52 cas sur 401, c'est-à-dire 13,0 ± 1,7 o/o. Ces chiffres parlent en faveur d'une probabilité d'hérédité en dominance dans environ 18 o/o.

Si l'on fait les mêmes calculs en ce qui concerne la gravité des manifestations, on ne constate aucune différence de fréquence chez les membres de la même famille.

Si, par contre, on considère la continuité des symptômes, on constate que la fréquence du psoriasis est sensiblement plus faible chez les proches des sujets définitivement exempts que chez ceux des malades à manifestations continues. La probabilité de manifestations, dans le cas des malades exempts de manière stable, est d'environ 9 o/o alors qu'elle est de 20 o/o lorsque les psoriasiques sont en manifestations constantes.

Le fait que la fréquence du psoriasis chez les parents, les frères et sœurs, les enfants des malades, c'est-à-dire pendant trois générations, est la même quelle que soit la variété de psoriasis milite contre le rôle d'un facteur de milieu en tant que cause déterminante de telle ou telle variété de clinique de psoriasis.

Le risque pour qu'un enfant de psoriasiques dont les parents ne sont pas actuellement en manifestations cutanées soit lui-même atteint de psoriasis avant l'âge de 30 ans est d'environ 13 o/o. Si l'un des ascendants du sujet en question est malade, le risque pour l'enfant de ce sujet est d'environ 19 o/o.

Si un psoriasique a déjà un enfant psoriasique, le risque pour les enfants à venir est d'environ 20 o/o. Si deux parents, indemnes de psoriasis, ont un enfant psoriasique, le risque pour les enfants suivants est de 7 o/o.

FORMES ATYPIQUES ET ÉTIOLOGIE DU GRANULOME ANNULAIRE

Par Louis VISSIAN

Depuis 1895, date à laquelle Colcott Fox décrivit le granulome annulaire, dénommé ainsi par Radcliffe Crocker en 1902, de nombreux travaux ont apporté des idées nouvelles sur cette affection. D'où vient le nombre croissant de publications relatives au granulome annulaire ? De l'intérêt tout d'abord qu'il y a à reconnaître cette lésion devant l'une de ses nombreuses manifestations atypiques particulièrement bien mises en lumière récemment par H. Gougerot.

En deuxième lieu, de l'intérêt que présente cette affection au point de vue étiologique.

G. Little l'a rangée dans les tuberculides. Mais Civatte et aussi Bolgert se refusent à faire entrer cette dermatose dans ce cadre.

L'extension même du granulome annulaire doit-elle nous faire envisager cette affection encore si mystérieuse comme un syndrome dû à des causes diverses ?

Formes atypiques.

Elles sont très nombreuses et fréquentes, et méritent donc d'être connues.

1. Formes a nodules non annulaires. — Le caractère annulaire de la lésion élémentaire, des nodules, leur tendance à se grouper les uns à côté des autres de manière à former un agrégat dont le centre s'affaisse et guérit tandis qu'ils gagnent par la périphérie en constituant un anneau, cette disposition typique en collier de perles, peuvent manquer.

Gougerot et Burnier en 1942, Gougerot, Carteaud et Duperrat en 1943 ont présenté à la Société de Dermatologie des malades avec de petits nodules de 3 à 5 millimètres, légèrement violacés, isolés ou confluents, mais ne se groupant pas en anneaux, avec une ébauche de desquamation sur certains points et à leur sommet, un aspect cicatriciel faisant penser davantage à des tuberculides papuleuses nodulaires de la série des tuberculides papulo-nécrotiques. Or, la biopsie a montré des lésions tout à fait caractéristiques du granulome annulaire : « un infiltrat inflammatoire du

derme : des cellules épithélioïdes formant une zone centrale de collagène en état de pré-nécrose ».

2. Formes géantes. — Dans la description classique de Brocq, la grosseur des nodules « varie de celle d'une assez forte tête d'épingle à celle d'un pois ».

Gougerot, Duperrat et Mansour ont montré, à la Société de Dermatologie du 8 novembre 1945, un malade présentant sur l'avant-bras 5 placards confluents de dimensions beaucoup plus grandes variant de 95 à 65 millimètres, à contours vaguement polycyliques, de coloration rouge-brun un peu fauve, à centres plus clairs déprimés, en régression cicatricielle.

« A la biopsie, les lésions affectent exclusivement le derme et se présentent sous l'aspect de nodules inflammatoires à centre nécrotique. Chaque nodule est en effet centré par une zone pâle, décolorée, privée d'éléments cellulaires, dans laquelle les fibres collagènes ont un aspect pré-nécrotique. Cette zone de contours irréguliers, est entourée par une palissade discontinue de cellules épithélioïdes et, plus en dehors, par un halo leucocytaire. Un tel aspect évoque la lésion élémentaire du granulome annulaire ».

3. Formes ponctuées et en gouttes. — Le 13 juin 1946, Gougerot a montré de nouveau, à la Société de Dermatologie, ce même malade qui, tout en continuant d'avoir ce granulome géant de l'avant-bras, a fait sur le bras de nouvelles lésions atypiques : « Sur une base érythémateuse et œdémateuse sont disséminés une dizaine à une trentaine de petits éléments ponctués de 1 à 2 millimètres, blancs et indurés, isolés ou confluents, mais jamais annulaires ».

Tous ces éléments géants ou punctués avaient la même structure anatomique pathognomonique du granulome annulaire.

4. Formes a type de lèpre tuberculoïde. — Parfois le granulome annulaire présente l'aspect de lèpre tuberculoïde (cas de Michaël, Jeffrey, de Saenz et Oteiza, de Luis Pierini ; deux observations de Schwartz). La recherche du bacille de Hansen peut seule trancher le diagnostic.

5. On signale également l'*aspect chéloïdien* de la lésion (Périn), l'*aspect de lichen obtusus* (Woringer et Chorazak), de *lichen plan à forme annulaire* (Caro), l'*aspect pseudo-trichophytique* (cas de Gougerot, de Nicolai et Coudert).

6. Formes avec nouures dermo-hypodermiques. — Ce sont des formes rares certes, mais non moins intéressantes, à processus non plus dermique mais dermo-hypodermique. Jacobi, Goldschmidt rapportent un cas de granulome annulaire classique aux deux pieds, avec des nodules hypodermiques aux jambes et aux bras. Récemment A. Civatte, A. Tzanck et S. Dobkevitch, ont rapporté à la Société de Dermatologie, le 13 juin 1946, un cas de granulome annulaire bien caractérisé cliniquement et histologiquement, remarquable d'une part par la présence de nouures profondes, volumineuses, de la dimension d'un pois ou d'une cerise, et, d'autre part,

par *l'évolution vers la nécrose*. Cette évolution vers la nécrose doit peut-être faire réviser le diagnostic de certaines lésions que l'on ne considérait pas comme relevant du granulome annulaire.

7. Formes a localisations anormales. — Classiquement, les lésions du granulome annulaire s'observent surtout sur les doigts, sur leurs faces dorsales et latérales, à la face dorsale des mains, aux poignets, au cou, aux coudes et aux genoux, plus rarement derrière les oreilles, à la face, à la limite du cuir chevelu.

Mais Touraine et Horowitz, le 12 juin 1947, ont présenté à la Société de Dermatologie, un granulome annulaire à localisations exceptionnelles sur les régions mastoïdiennes, sur la nuque débordant franchement sur le *cuir chevelu*.

Gougerot avec Duperrat et Gaulier ont observé une malade atteinte de granulome annulaire *palmaire*, localisation exceptionnelle, d'un diagnostic très difficile, car l'épiderme corné est ici très épais et ces lésions ressemblent plus à des verrues plantaires qu'à un granulome annulaire. Ici encore c'est la biopsie qui affirme le diagnostic.

Le nombre des localisations dites anormales est de plus en plus fréquent, uniquement parce que le diagnostic de cette affection se précise tous les jours et que nous reconnaissons comme granulome annulaire des lésions étiquetées différemment il y a quelques années.

Ces nombreuses formes cliniques nous éclairent-elles sur l'étiologie du granulome annulaire ?

Étiologie.

Deux théories principales ont été soutenues : la première fait du granulome annulaire une lésion tuberculeuse ; la deuxième tend à considérer le granulome annulaire non comme une maladie spécifique, mais comme un syndrome polyétiologique dans lequel la tuberculose, le rhumatisme, une auto-intoxication et d'autres causes peuvent jouer un rôle.

Théorie tuberculeuse

— Les arguments cliniques en faveur de la tuberculose sont nombreux. Boucheron dans sa thèse a bien montré que dans 18 o/o des cas, le granulome annulaire coïncide avec d'autres affections cutanées ou viscérales nettement tuberculeuses, le plus souvent pleuro-pulmonaires (Ramel, Gougerot et Grassi) parfois rénales, génitales (Sézary), ganglionnaires, osseuses.

Selissky rapporte trois cas de granulome annulaire de la face interne des doigts et de la paume de la main chez trois femmes adultes toutes trois tuberculeuses.

En règle, il s'agit de tuberculose peu évolutive, apyrétique, qui semble précéder l'apparition du granulome annulaire.

— Les arguments histologiques ne sont pas négligeables. Pendant longtemps, ils ont été la pierre de touche de cette affection : de nombreux

auteurs, en particulier ceux de l'école française ont montré la structure folliculaire ou tuberculoïde du granulome annulaire. Récemment encore, Cailliau a attiré l'attention sur le fait que « la lésion primordiale est l'îlot de nécrose initial souvent infime caractérisant le processus tuberculeux mais qui disparaît vite lorsqu'il est minuscule. Cette nécrose caséïfiante est le fait du bacille, elle est spécifique ; les cellules géantes et le follicule sont le fait du terrain qui se défend par les macrophages et tout le monde admet sa non spécificité. L'aspect terminal de la lésion, dans la plupart des tuberculides, n'est que l'image de la défense organisée du terrain. La difficulté est de saisir la présence de cet îlot de nécrose lorsqu'il est restreint et que le terrain se défend bien, car il est très rapidement résorbé par les macrophages ».

Mais c'est surtout la mise en évidence du bacille de Koch dans les lésions du granulome annulaire qui est l'argument le plus décisif. En fait, ces constatations directes du bacille de Koch sur les coupes sont rares. Dittrich en 1927 a publié dans les *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 2 cas positifs. Ces bâtonnets étaient dans le derme normal ainsi que dans les foyers de nécrose, assez éloignés des vaisseaux et dans la paroi des vaisseaux. Cependant, il faut signaler que Dittrich s'est abstenu de publier les observations cliniques de ses deux cas parce qu'à son avis ils étaient typiques.

Depuis 1927, de nombreux auteurs ont essayé, en s'entourant de multiples précautions, de découvrir des bacilles de Koch dans les coupes. Jacobi échoua dans 8 cas. Ramel et Grassi, s'ils ne sont pas arrivé à voir des bacilles de Koch dans leurs coupes, ont réussi, l'un en 1935 et l'autre en 1937, à provoquer chez le cobaye, par inoculation de fragment cutané granulomateux, une tuberculose du type Villemin.

Toutefois la grosse majorité des inoculations au cobaye sont négatives même au deuxième passage.

— Plus démonstratives sont peut-être les recherches des tests de sensibilité à la tuberculine. Boucheron, sur 67 cas, a trouvé 50 o/o de ces tests positifs. Mais quelle valeur peut-on attribuer aux réactions *générales* à la tuberculine ?

Parfois les intradermo-réactions à la tuberculine furent accompagnées de grosses réactions *focales* de bien plus grande valeur. Gougerot et Burnier, le 9 mai 1946, ont montré un granulome annulaire généralisé qui, après avoir reçu 7 injections de tuberculine, la dernière de 5/10 de milligramme, a présenté une rougeur et une turgescence des granulomes des membres et du thorax donnant l'impression d'une réaction focale.

— L'argument thérapeutique : la guérison du granulome annulaire par les injections de tuberculine, n'est pas décisif, car on a signalé la guérison par les thérapeutiques les plus variées ; la seule ablation ou la biopsie d'une lésion peut entraîner la guérison des autres lésions.

Syndrome poly-étiologique

Cette conception de syndrome a été soutenue depuis longtemps par les auteurs américains qui ont évoqué les étiologies les plus diverses.

Ce sont surtout des arguments histologiques qui ont été allégués.

Civatte, le premier en 1938, a montré dans son rapport remarquable sur le « Critérium histologique des tuberculides », que la structure du granulome annulaire, bien que tuberculoïde, s'écarte des tuberculides : « Dans le granulome annulaire, la dégénérescence est d'un type nouveau : il s'agit de dégénérescence fibrinoïde et non de caséïfication. Les facteurs sont de plus en quelque sorte intervertis. Dans la tuberculose, la fonte des tissus est le stade ultime auquel tend la lésion. Elle est ici la première en date et c'est probablement par ce foyer de dégénérescence qu'est provoquée l'apparition de cellules épithélioïdes et géantes. Tout cela paraît évident quand on compare entre eux des cas biopsiés à des stades différents ».

Plus récemment, Bolgert a attiré l'attention sur les analogies histologiques du granulome annulaire avec les nodosités rhumatismales sous-cutanées. L'aspect le plus typique du nodule rhumatismal a été bien décrit par M. P. Weil et Delarue avec sa zone centrale de nécrose acidophile granuleuse, incomplète dite fibrinoïde ; sa zone moyenne de prolifération conjonctive intense formée de fibroblastes ; sa zone périphérique constituée d'un tissu conjonctif jeune d'aspect granulomateux avec vaisseaux néoformés, histiocytes, lymphocytes et plasmocytes. Pour Bolgert, cet aspect classique du nodule rhumatismal est réalisé presque intégralement par le granulome annulaire qui apparaît, si l'on peut dire, comme une nodosité rhumatismale dans le derme.

Certes, on trouve dans le granulome annulaire la plupart des types cellulaires qui font partie du tableau histologique de la tuberculose, mais on ne retrouve pas d'organisation folliculaire véritable : « On ne retrouve jamais la morphologie du follicule avec ses cellules géantes centrales, en voie de caséïcation, entourées d'un amas de cellules épithélioïdes et d'une couronne plus périphérique de lymphocytes ». Les cellules géantes siègent à la périphérie. « De tels aspects évoquent beaucoup plus la réaction macrophagique à corps étrangers. Les cellules épithélioïdes à noyau plus colorable, à protoplasma moins éosinophile, à contours plus nets et anguleux que les cellules épithélioïdes tuberculeuses se groupent souvent en foyers presque purs. Si elles s'associent à des lymphocytes, on ne retrouve jamais avec netteté la couronne lymphoïde périphérique, ni l'extension progressive de la réaction inflammatoire, observées dans les lésions tuberculeuses. Ici le plus souvent l'état inflammatoire uni ou pluricentrique s'arrête brusquement au contact d'un collagène presque sain ».

Mais l'identité des aspects histologiques du granulome annulaire avec les nodosité rhumatismales sous-cutanées ne signe pas de façon évidende l'étiologie. Ces lésions ont été rattachées d'abord à la syphilis essentiellement (Jeanselme, Bertin, Lutz) et au pian ; puis à des causes diverses (Gougerot, Burnier, Joyeux). Pour M. P. Weil et Delarue, F. Coste, Saënz et Bolgert, il s'agit de lésions d'ordre hyperergique « c'est dire que ce sont des manifestations histologiques essentiellement caractérisées par l'œdème et la nécrose du tissu conjonctif survenant chez des sujets en état d'allergie ». De très nombreuses infections, d'ailleurs, pourraient déterminer cette hyperergie

cutanée : la syphilis, la lèpre (B. Saënz, O. Oteiza), la tuberculose et les états infectieux les plus variés.

Bolgert cite en exemple le cas de Midava : un enfant de 6 ans, indemne de tuberculose mais sujet à des amygdalites à répétition, qui, au décours de l'une d'elles, présente des granulomes aux deux pieds.

Notons enfin l'argument thérapeutique : la curabilité possible du granulome annulaire après simple biopsie, argument de plus contre l'origine tuberculeuse du granulome annulaire et l'observation de granulome annulaire des oreilles guéri par le salicylate de soude chez un ancien rhumatisant (Sézary et Bolgert).

Au terme de cet exposé, nous devons avouer notre impuissance actuelle à trancher le problème soulevé par l'étiologie du granulome annulaire. Toutefois, à la lumière des publications récentes, nous sommes mieux armés pour reconnaître cette affection si polymorphe et donc pour essayer d'en dépister l'étiologie.

BIBLIOGRAPHIE

Berblemont. — Le granulome annulaire, *Thèse Lille*, n° 12, 1934.
Beagreen. — Granulome annulaire. *Dermat. Wochenschrift*, n° 19, 1937, p. 580.
Bolgert. — A propos de la pathogénie du granulome annulaire. *Annales de Dermat. et Syph.*, juin 1944, pp. 136-147.
Boucheron. — Étude de 175 cas de granulome annulaire parus dans la littérature de 1933 à 1938. *Thèse Paris*, n° 702, 1938.
Burnier. — Granulome annulaire. *Bull. Soc. Dermat et Syph.*, 8 juillet 1926, p. 480.
Burnier — Nodosités juxta-articulaires et leur rapport avec la syphilis. *Presse Médicale*, 21 juin 1933, p. 995.
Cannou. — Granulome annulaire of neck. *Arch. of Dermato.*, **22**, 1930.
Caussade (G.), Levy-Frankel et Petre. — Érythème polymorphe et tuberculides papulo-nécrotiques concomitants à une tuberculose pleurale et pulmonaires évolutives. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 18 janvier 1935, n° 2, p. 81.
Civatte. — Criterium histologique des tuberculides. *Le Granulome annulaire*, séance spéciale de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 7 juillet 1938, p. 1514.
Civatte (A.), Tzanck (A.) et Dobkevitch (S.). — Granulome annulaire avec nouures et nécrose. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 13 juin 1946, p. 486.
Coste, Saenz et Bolgert. — Etude histologique de quelques nodosités rhumatismales sous-cutanées. *Bull. Soc. Anat.*, 4 mai 1933, p. 119.
Crocker (Radcliffe). — Granulome annulaire. *Brit. J. Dermato.*, 1902.
Crocker (Radcliffe). — Erythema elevatum diutinum. *Brit. J. Dermat.*, 1894, p. 335.
Danel (L.). — Granulome annulaire rétro-auriculaire. Guérison par le crayon de neige carbonique. *Bull. Soc. de Dermat. et Syph.*, 1922, p. 292.
David-Chaussé (Charles). — Granulome annulaire. *Thèse Bordeaux*, 1922-1923.
Duvoir, Pollet, Cursay (Mlle de). — Les images histologiques de la maladie de Bouillaud. La lésion d'Aschoff-Klinge. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 29 mars 1935, p. 562.
Escartefigue. — Granulome annulaire guéri après biopsie partielle suivie de récidive. *Arch. de Méd. et Pharm. navales*, n° 3, 1932.
Flandin (Ch.), Ferrand, Rabeau et Pierrat. — Forme anormale de granulome annulaire. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 1937, n° 3, p. 426.
Fox (Colcott). — A case of granulome annulaire. *Brit. Y. Dermat.*, **20**, 1910.
Goodmann and Lloyd W. Ketrou. — Granulome annulaire report of unusual cases with comment on the histology of the disease. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1936, **33**, p. 473.
Görl (L.). — Zür therapie der G. A. *Munchen Medi. Wochen*, 28 avril 1933.
Gougerot et Arnaudet. — Granulome annulaire ou mieux tuberculose annulaire guéri par la tuberculine. *Arch. de la Clinique de Saint-Louis*, **2**, n° 2, juin 1930, p. 307.
Gougerot. — Nouvelles données sur la pathogénie des tuberculoses et tuberculides cutanées. *Arch. Derm. Syph.*, 1935, p. 417.
Gougerot et Meyer. — Tuberculide érythémato-papuleuse en nappe à bords nets du nez et de la joue. Intradermo semblable à la lésion. *Arch. Derm. Syph. de la Clinique de Saint-Louis*, **2**, n° 2, juin 1930, 303.

GOUGEROT et BURNIER. — Granulome annulaire atypique papuleux non annulaire. *Bull. Soc. de Derm. et Syph.*, 11 juin 1942, p. 342.
GOUGEROT, DUPERRAT et MANSOUR. — Granulome annulaire géant atypique ? Cas pour diagnostic. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 8 novembre 1945, p. 287.
GOUGEROT et BURNIER. — Granulome annulaire généralisé. Réaction focale et guérison par la tuberculine. *Bull. Soc. Dermat et Syph.*, 9 mai 1946, p. 458.
GOUGEROT, DUPERRAT et MANSOUR. — Granulome annulaire ponctué et en gouttes sur base érythémato-œdémateuse. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 13 juin 1946, p. 485.
GOUGEROT, DUPERRAT et MANSOUR. — Nouveau cas de granulome annulaire atypique géant. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 13 février 1947, p. 48.
GOUGEROT. — Acquisitions nouvelles sur le granulome annulaire. Formes cliniques et pathogénie. *Revue Médicale Française*, n° 10, octobre 1946, pp. 175-177.
GRASSI (A.). — Contribution à l'étude histo-pathologique et étiologique du granulome annulaire. *Giornale italiano di Dermat. e Sifilologia*, **88**, 1937, p. 89.
HUDELO, CIVATTE et RABUT. — Granulome annulaire à lésions disséminées. Traitement par la tuberculine. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 1930, p. 12.
JADASSOHN. — Granulome annulaire. *Ref. Zebl. f. H. u. Geschlkr.*, **40**, p. 742.
KOCH. — Granulome annulaire. *Dermat. Wochen*, n° 13, 1937, p. 407.
LITTLE (Graham). — Two cases of G. A. *Pres. Section Dermat. London*, 15 octobre 1931.
LORTAT-JACOB et FERNET. — Granulome annulaire symétrique des coudes et de la face dorsale des pieds. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 1937.
MARGAROT, RIMBAUD et RAVOIRE. — Granulome annulaire : prédominance des histiocytes dans l'infiltrat. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, mars 1937, p. 436.
MICHAEL (Jeffrey). — L'étiologie du granulome annulaire. *Aruhiv. of Dermat. and Syph.*, **24**, n) 2, février 1934, p. 189.
MILIAN et PERRIN. — Granulome annulaire et chéloïde. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, n° 6, 1932, p. 645.
MILIAN et PERRIN. — Lichen plan atypique du front à forme de granulome annulaire. *Bull. Soc. fr. Dermat et Syph.*, novembre 1932.
NICOLAS et COUDERT (J.). — Un cas de granulome annulaire atypique à éléments multiples. *Bull. Soc. Dermat. et Syph. Lyon*, 19 avril 1945, p. 99.
PAPAVRAM. — Contribution à l'étude du granulome annulaire. *Th.se Paris*, n° 152, 1934.
PAUTRIER. — *Nouvelle Pratique dermatologique*, **3**, p. 827; **8**, pp. 329 et 669.
PERRIN. — Granulome annulaire localisé aux pieds. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, mars 1933.
PIERARD (J.) (Bruxelles). — Le granulome annulaire doit-il être rangé parmi les sarcoïdes de Bœck. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 1934, réunion de Strasbourg).
PIERINI (Luis). — Contribution à l'étude de l'étiologie du granulome annulaire *Revista Argentina de dermosifilo*, **19**, juin 1935, pp. 50 à 77.
RABUT et CAILLEAU. — Granulome annulaire de la main. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 11 mars 1926, p. 170.
RAMEL. — D'un granulome annulaire guéri par l'administration d'un extrait de sang de mouton glycériné. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, mai 1935, p. 742.
RAVAUT (P.). — Auto-dermothérapie par électro-coagulation dans un cas de granulome annulaire. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, n° 5, mai 1928, p. 414.
ROULET. — L'inflammation hyperergique et les réactions allergiques. *Ann. d'Anat. pathol.*, n° 4, avril 1931, p. 358.
SAENZ et OTEIZA. — Quelques observations sur l'étiologie du granulome annulaire. *Bull. Soc. Cubana de Derm. y Sifil.*, **1**, n° 1.
SCHWARTZ (Hans J.). — A case for diagnosis G. A. *Archiv. of Derm. and Syph.*, **32**, 1935, p. 270.
SELISSKY (A.). — Contribution à l'étude clinique et étiologique des granulomes annulaires. *Venerologia i Dermatologia Moscou*, avril 1928.
SÉZARY. — Sur le traitement du granulome annulaire par le vaccin de Vaudremer. *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, mars 1929, p. 270.
SÉZARY et HOROWITZ. — A propos des localisations du granulome annulaire. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 1937, p. 614.
SÉZARY et BOLGERT. — Granulome annulaire des oreilles guéris par le salicylate de soude et observés chez un ancien rhumatisant. *Annales Dermat. et Syph.*, novembre et décembre 1944, p. 325.
TOURAINE et HOROWITZ. — Granulome annulaire à localisations exceptionnelles. Reproduction par l'intradermo-réaction à la tuberculine. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 12 juin 1947, p. 209.
WEIL et DELARUE. — Nodosités rhumatismales et tophi. *Presse Médicale*, 28 décembre 1932, p. 1962.
WORINGER (Fr.) et CHORAZAK (Th.). — Les formes cliniques anormales du granulome annulaire. *Annales Dermat. et Syph.*, **8**, n° 7, juillet 1937.

RECUEIL DE FAITS

1° ÉPITHÉLIOMA SPINO-CELLULAIRE (SUR LUPUS ÉRYTHÉMATEUX VIERGE DE TOUT TRAITEMENT)

Par P. JOULIA, P. LE COULANT et P. L'ÉPÉE

G... Bernard, 49 ans, entre le 9 août 1946, dans le Service de la Clinique dermatologique de Bordeaux pour un lupus érythémateux dont le début remonte à une vingtaine d'années. Il a débuté sur la joue gauche puis s'est étendu progressive-

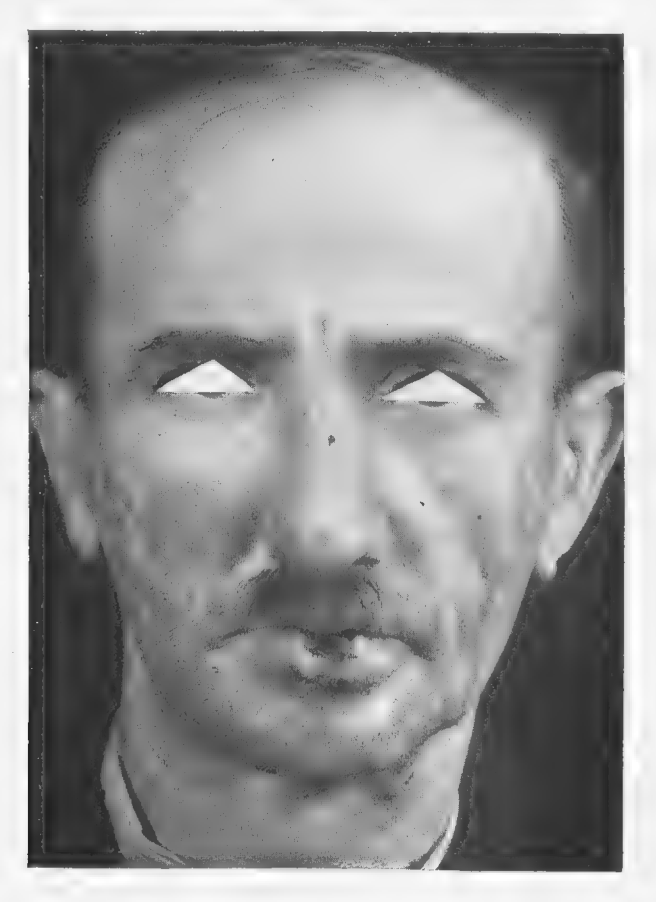


Fig. 1. — Épithélioma spino-cellulaire sur lupus érythémateux.

ment au niveau des deux joues, du nez, de la lèvre supérieure, du menton, de la partie antérieure du cou, du pavillon de l'oreille droite et du cuir chevelu. Il se présente sous forme de placards bien limités, à contours irréguliers de couleur

rouge, parsemés d'hyperkératose ponctuée et de zones d'atrophie cicatricielle. Aucun traitement interne ou radiothérapique n'a jamais été pratiqué; le malade se soignant seulement avec des pommades variées. Il y a 6 mois est apparue une lésion croûteuse sur le bord incarnat de la lèvre inférieure et il y a 3 mois une ulcération. Actuellement la lèvre inférieure présente à sa partie médiane une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc, à fond irrégulier et suppurant, à base très infiltrée; à gauche de l'ulcération il existe une verrucosité de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En dedans de l'ulcération, sur le versant muqueux de la lèvre inférieure, il existe sur une largeur de quelques millimètres une bordure leucokératosique longeant la crête de la lèvre inférieure depuis l'ulcération jusqu'à la commissure droite. Présence de petits ganglions sous-angulo-maxillaires droits. Pas de lupus érythémateux de la muqueuse buccale. Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire. Le malade a été mis au traitement par le muthanol et dirigé sur l'Institut Bergonié où sera pratiqué un traitement radiothérapique.

2° ADÉNOMES SÉBACÉS SYMÉTRIQUES AVEC FLORAISON DE NÆVI PIGMENTAIRES, DE NÆVI ACHROMIQUES, COEXISTENCE D'ÉPILEPSIE

Par P. LE COULANT, P. L'ÉPÉE et FROMAGET

R... Pierre, 16 ans, se présente à la Clinique dermatologique avec des lésions cutanées de la face et du dos. Les lésions du dos datent de l'âge de 2 ans et celles du visage de l'âge de 7 ans. Les lésions du visage occupent la totalité du nez, les sillons naso-géniens, les deux régions jugales au voisinage du nez et le menton (fig. 2). Les éléments sont de petites tumeurs superficielles, épidermo-dermiques de taille variable, ponctiformes parfois, d'autres fois atteignant la grosseur d'un grain de chènevis et, dans ces cas, elles confluent fréquemment comme au niveau du lobule du nez, de l'aile du nez, du sillon naso-génien. Leur couleur varie du rose-rouge au rose-brun. Quelques éléments sont pédiculés; la plupart sont sessiles. A la palpation, on apprécie chacune des petites tumeurs sans trouver d'induration manifeste. Dans le dos, il existe quelques éléments papuleux, disséminés, analogues à ceux du visage, mais surtout un vaste placard à limites nettes et géographiques, de 10 centimètres de long sur 5 centimètres de large, à grand axe vertical, et qui siège dans la région hémithoracique droite entre le scapulum et la colonne vertébrale (fig. 3). Cette nappe d'aspect granité, donne au palper une impression de peau d'orange et paraît composée des mêmes petits éléments que ceux qui sont disséminés sur le reste du thorax ou ceux qui occupent le centre du visage. Par contre, leur couleur est un peu différente puisqu'elle ne diffère pas de celle de la peau environnante. On note deux *mollusca pendula* au niveau de la région cervicale postérieure et des taches nævïques pigmentaires disséminées sur le thorax. Sur le côté gauche de l'adbomen, il existe une tache achromique à bordure hyperpigmentée, ovalaire, dont le grand axe est oblique en bas et en dedans. On trouve par ailleurs des nævi achromiques semblables : un au niveau de la fesse gauche, trois sur la cuisse gauche, deux sur la jambe gauche. Zones hyperpigmentées au niveau des coudes et au niveau de la ceinture en bande de la largeur d'un travers de main. Le reste des téguments est un peu olivâtre (le malade est originaire du nord de l'Espagne). Par ailleurs, il existe une accentuation très marquée de l'ensellure lombaire avec *genu valgum*. Depuis un an, apparition de crises d'épilepsie généralisées (une crise hebdomadaire environ). L'examen du fond de l'œil est négatif. Pas de déficience intellectuelle. L'examen du système nerveux est négatif. La radiographie du crâne n'a montré aucune lésion encéphalique décelable.

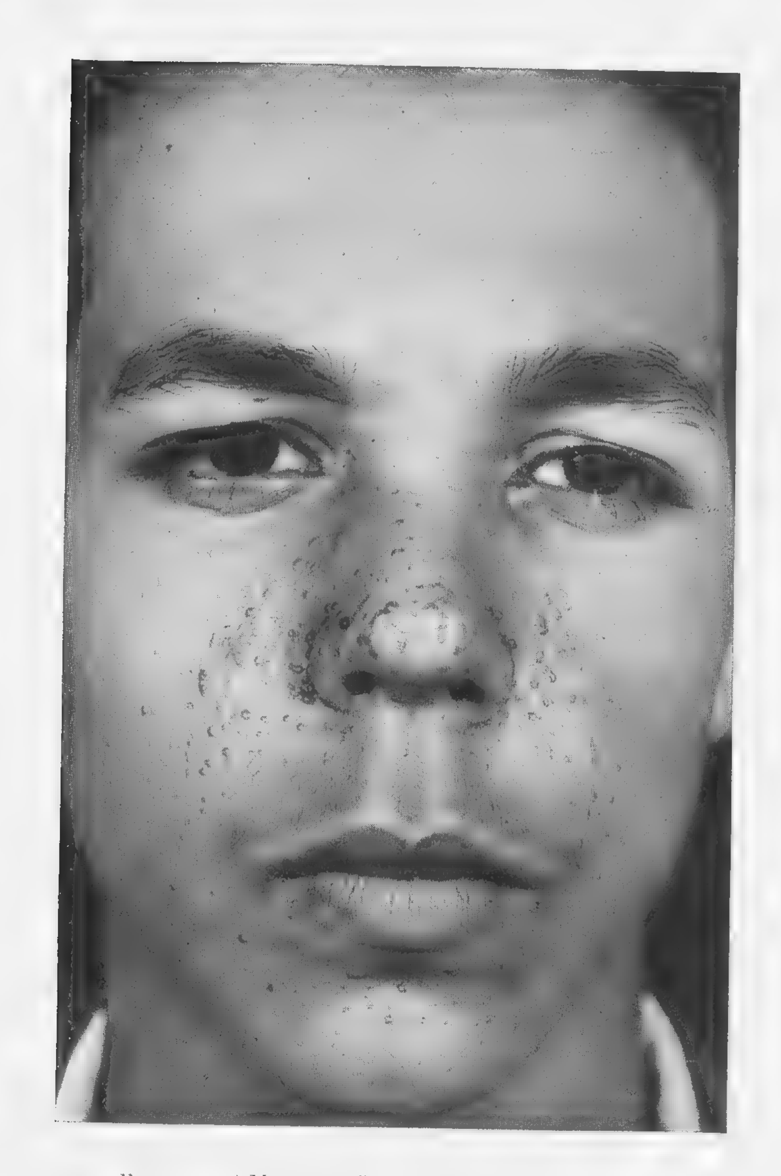


Fig. 2. — Adénomes sébacés symétriques de la face.



Fig. 3. — Peau de chagrin dorsale.

3° ÉPITHÉLIOMA A LOBULES DÉGÉNÉRATIFS DE FABRE ET JOSSERAND

Par P. LE COULANT et P. L'ÉPÉE (de Bordeaux)

Mme C..., 75 ans, présente, depuis plusieurs mois, à l'union du versant droit du nez et de la paupière supérieure (fig. 4) une tuméfaction lenticulaire nettement hypodermique, un peu douloureuse spontanément et à la palpation, recouverte d'une peau de couleur normale fixée cependant aux plans profonds.

La biopsie pratiquée révèle qu'il s'agit d'un processus néoplasique spino-cellu-



Fig. 4. — Épithélioma de Fabre et Josserand. La lésion est à peine saillante (face latérale de la racine du nez) et difficile à différencier de la peau saine sur la photographie. La palpation permettait de la délimiter et de constater son adhérence aux plans profonds.

laire dont la description histologique correspond à la variété que Fabre et Josserand avaient proposé d'appeler épithélioma à lobules dégénératifs.

Épiderme sensiblement normal; la couche d'éléidine, par place un peu épaissie, forme la limite externe de la coupe.

Le derme sous-jacent est un peu densifié et les fibrocytes forment des ébauches de volutes. Il contient des poils sectionnés suivant diverses incidences et de très nombreuses glandes sébacées (fig. 5). Au voisinage de ces glandes sébacées ou même très profondément à proximité des glandes sudoripares, il existe des masses cornées (fig. 6), à centre formé de lamelles concentriques en bulbe d'oignon, plus



Fig. 5. — Épithélioma à lobules dégénératifs de Fabre et Josserand. Masses cornées au voisinage des glandes sébacées.

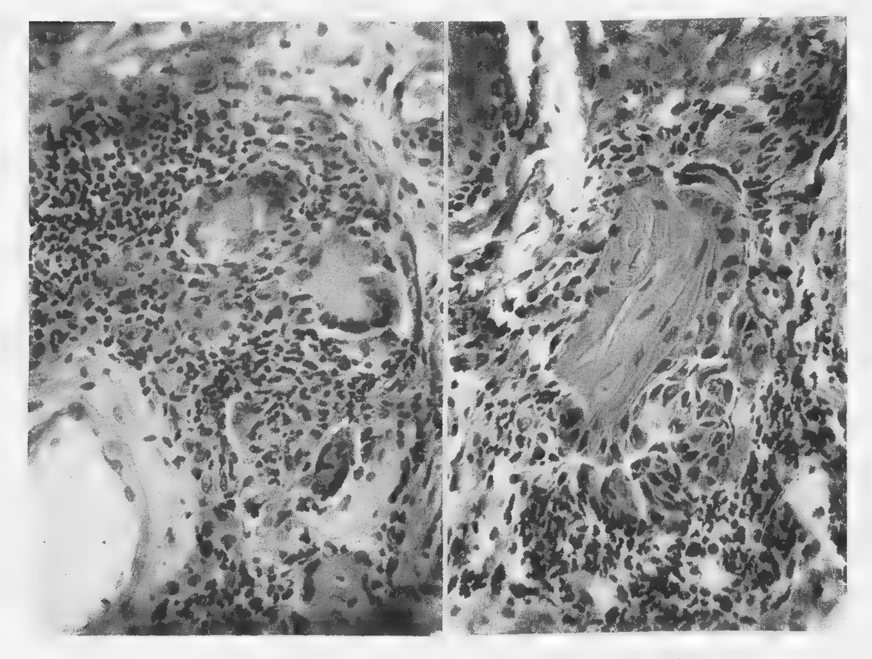


Fig. 6. — Épithélioma à lobules dégénératifs de Fabre. Masses cornées parfois stratifiées en murette. Cellules géantes (macrophages).

ou moins teinté par les colorants acides et dont la périphérie comporte des couches de cellules du type malpighien, dont on reconnaît les filaments d'union. Mais beaucoup d'entre elles sont en desmolyse et son dissociées, surtout à la périphérie du globe corné, par une infiltration très importante de cellules rondes lymphocytoïdes. A la périphérie de ces formations, on trouve d'énormes cellules géantes à protoplasma acidophile, très important, ornées d'une couronne de noyaux fortement colorés. La couche malpighienne qui entoure les globes cornés n'a pas de limite nette, quelques cellules perdent leurs filaments d'union et semblent peu à peu noyées dans l'infiltration lymphocytaire périphérique. On y trouve des cellules de type malpighien à noyau énorme et irrégulier et de très nombreuses mitoses à différents stades.

Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang.

En un point de la coupe, très profondément situé, au voisinage des glandes sudoripares, on trouve un bloc corné formé de cellules trapézoïdes très fortement colorées par l'éosine et agencées comme les pierres d'une murette. Elles ont un noyau clair et n'ont plus de filaments d'union. A leur voisinage, quelques cellules malpighiennes sont désunies par l'infitration des lymphocytes alentour. Cette formation est tellement étrange au milieu du derme profond qu'elle fait l'effet d'une inclusion ou d'un artefact. Elle est probablement le reliquat d'un globe corné en partie phagocyté par les cellules géantes macrophages.

4° CURIEUSE COEXISTENCE SUR LE MÊME DOIGT D'ACRODERMATITE CONTINUE D'HALLOPEAU ET DE MALADIE DE BOWEN

Par P. LE COULANT

Nous n'avons relevé dans la littérature aucun cas similaire de coexistence d'acrodermatite et de maladie de Bowen.

L'acrodermatite a débuté par une fissure au niveau du pli de flexion phalanginophalangettienne de l'auriculaire. La lésion dyskératosique siégeait sur la face dorsale de la phalangine de ce même doigt. Il est vraisemblable, si nous croyons l'histoire rapportée par la malade, que la dyskératose est apparue longtemps après le début de la phlycténose d'Audry.

B... Jeanne, âgée de 72 ans, demande conseil, le 29 mai 1945, pour une lésion suintante torpide de l'auriculaire droit datant de 9 ans, rebelle à la thérapeutique jusque-là appliquée. L'affection a débuté par une fente douloureuse siégeant au niveau du dernier pli de flexion de l'auriculaire droit. A partir de cette fissure s'est développée progressivement une lésion érosive à type d'épidermo-dermite vésiculeuse ou mieux vésiculo-pustuleuse qui envahit tout le doigt, remontant d'abord vers l'extrémité distale puis gagnant la partie proximale de l'organe. L'ongle est tombé à plusieurs reprises, remplacé chaque fois par un ongle plus atrophique, strié, déformé.

Le 29 mai 1945, la totalité de l'auriculaire droit est le siège d'une érosion rouge vif, à surface vernissée, brillante par place, à bordure squameuse et décollée. L'extrémité du doigt est légèrement boudinée et il existe une périonyxis inflam-

matoire avec nombreuses vésiculo-papules, qui se renouvellent incessamment. La lésion gagne vers la racine du doigt qu'elle tend à déborder pour y atteindre l'espace interdigital et l'annulaire, son voisin. L'aspect est celui d'une phlycténose récidivante d'Audry.

C'est la seule lésion cutanée que présente la malade. Après quelques jours de lavages avec une solution au millième de sulfate de cuivre et de zinc, suivis d'applications de crème de Dalibour, les lésions sont moins croûteuses, mais les vésicules persistent néanmoins et gagnent même en étendue, puisque la racine de l'annulaire est également intéressée.

Bien que l'examen microscopique du plafond des vésicules n'ait pas montré trace de filaments mycéliens, l'aspect vésiculeux, vernissé, la bordure décollée et

Fig. 7.

squameuse font penser à la possibilité d'une mycose et incitent à traiter cette affection par l'application d'une pommade à la chrysarobine à 1 o/o. Aucune amélioration ne succède à cet essai thérapeutique.

Le 18 novembre 1945, devant l'inefficacité des divers traitements successivement employés, nous pratiquons un traitement radiothérapique superficiel (sans filtre) (80 kilov. 2 mm. 4 H. par champ, 4 champs : 2 latéraux, un dorsal, un palmaire, sans localisateur).

La malade est revue un mois après et se considère comme guérie. En effet, le doigt est entièrement épidermisé à l'exception cependant d'une petite lésion saillante lenticulaire, sur la face dorsale de la phalangette, rappelant l'aspect du granulome télangiectasique qui est détruit par diathermo-coagulation. Deux mois après, la guérison est complète.

En juillet 1946 : deux érosions lenticulaires à bordure squameuse, à centre ponctué de vésiculettes, motivent une nouvelle séance de radiothérapie à la même dose que précédemment.

Le 22 octobre 1946, l'acrodermatite est définitivement guérie. Mais il persite, au niveau de la cicatrice du granulome télangiectasique, sur la face dorsale de la phalangette, un nodule lenticulaire épidermisé.

En février 1947, ce nodule fait place à une ulcération superficielle à fond sec, couleur maigre de jambon, atone, à bordure légèrement ourlée qui semble s'étendre lentement.

Biopsie le 7 février 1947. — Papillomatose assez marquée avec étirement des papilles et épaississement des bourgeons in'erpapillaires (fig. 7). La couche cornée est inexistante, seule persiste une couche épaisse de cellules à éléidine. Le corps muqueux de type acanthosique est le siège de transformations importantes. Au faible grossissement, le centre des bourgeons interpapillaires apparaît plus clair que le reste du corps muqueux nettement plus coloré. Cette partie centrale, qui d'ailleurs ne s'étend pas toujours jusqu'à la limite externe de l'épithélium, est composée de grosses cellules claires disposées sans ordre, à noyau parfois volumineux, bourgeonnant; les filaments d'union ont disparu. Très nombreuses mitoses à tous les étages du corps muqueux. La partie plus foncée du corps muqueux est composée de cellules disposées en palissades. On ne trouve pas de cellules à manteau.

La basale est parfaitement conservée et délimite nettement derme et épiderme. Le derme est fortement infiltré de cellules variées où prédominent lymphocytes, polynucléaires et surtout cellules plasmatiques. Cette infiltration est d'ailleurs très limitée. En résumé aspect classique de la dyskératose de Bowen.

La coexistence de cette dyskératose de Bowen et de la phlycténose d'Audry ne s'explique en aucune façon. Cette phlycténose d'ailleurs est d'étiologie complètement inconnue, certains sont tentés d'en faire une localisation du psoriasis pustuleux. D'autres sont portés à la considérer comme une mycose ou une lésion de nature microbienne (staphylocoque-streptocoque).

Les traitements divers qui lui ont été opposés sont tous inopérants à part la radiothérapie qui semble être le procédé de choix.

ANALYSES

20w. — *Syphilis* (Arsénothérapie).

Arsénobenzènes.

Puccinelli et de Luca (Palerme). — **Contribution à l'étude du mécanisme d'action de l'arsénobenzol** (Contributo allo studio del mecanisme d'azione dell' arsenobenzol). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. 2, août 1946, pp. 61 à 85. Bibliographie.

Nombreuses et laborieuses ont été les recherches pour expliquer le mécanisme intime de l'action tréponémicide de l'arsénobenzol.

On a invoqué successivement : l'action directe, l'action indirecte, par des produits secondaires dérivés de l'arsénobenzol, par ses transformations dans l'organisme, l'action immunitaire principalement par stimulation du système réticulo-endothélial favorisant l'élaboration par celui-ci des anticorps, etc... Toutes ces théories ne sont basées que sur des hypothèses parfois séduisantes mais auxquelles il manque la preuve expérimentale. C'est surtout les phénomènes d'oxydation de l'arsénobenzol qui ont été le plus souvent invoqués; ils aboutissent à la formation de produits plus actifs que l'arsénobenzol tels que l'arsénoxyde.

Les auteurs ont entrepris des recherches selon des techniques nouvelles, tout en répétant cependant les anciennes expériences de Truffi et Levaditi. Ils ont mis des sections de tissus en contact avec des solutions d'arsénobenzol de titres divers et préparées extemporanément. Par la méthode manométrique de Warburg ils ont vérifié si l'addition du médicament au tissu révélait une consommation d'oxygène plus grande que celle qui se produit spontanément dans une solution d'arsénobenzol ou dans le tissu examiné isolément. Il est, bien entendu, dans cette analyse, impossible d'entrer dans le détail de ces expériences complexes. Les résultats obtenus amènent les auteurs à admettre que l'arsénobenzol exerce son action sur le spirochète de la syphilis par suite de sa modification en un composé actif effectuée par l'organisme. Cette transformation se produirait au niveau du système réticulo-endothélial et particulièrement dans le poumon et dans la rate, mais sans intervention de réactions d'oxydation sur le groupement actif (diaminodioxyarsénobenzol). La première étape de ce processus d'activation donnerait lieu (probablement à travers une réaction enzymatique hydrolytique) à l'oxyaminophényl arsénoxyde qui, bien que pourvu d'une activité tréponémicide assez nette, ne serait qu'un composé de passage destiné à se scinder en produits de beaucoup plus grande activité.

Belgodère.

T. F. Probey (U. S. A.). — **Comparaison de l'activité spirochéticide des arsénobenzènes et des arsénoxydes dans la syphilis expérimentale** (Comparison of the spirocheticidal activity of arsphenamines and phenarsines (arsenoxides) in experimental syphilis). *Public Health Reports*, t. **62**, n° 29, 18 juillet 1947, pp. 1041-1048, 1 tableau, bibliogr. anglo-saxonne.

Travail documenté dont les conclusions sont :

Les différentes marques de sulfarsphénamine, dichlorophénarsine hydrochloride, oxophénarsine hydrochloride et néoarsphénamine ont, chacune dans leurs catégories respectives, une uniforme activité pour guérir la syphilis expérimentale du lapin, même en traitement tardif, à la période active de la maladie.

La sulfarsphénamine a une activité spirochéticide plus grande que la néoarsphénamine et les deux composés phénarsine, à peu près d'égale efficacité, sont plus actives que les deux arsphénamines.

La valeur chimiothérapique, la dose létale minima, la dose active minima, la marge de sécurité pour les phénarsines sont nettement inférieures à celles des arsphénamines.

L'activité spirochéticide des arsenicaux organiques trivalents dépend de l'arsénoxyde (ou arsenic actif thérapeutiquement); en concentration suffisante pendant un temps suffisant, l'arsénoxyde stérilise l'animal infecté, quel que soit le type d'arsenic employé. A. Touraine.

M. Fernet. — **Traitement mixte arsenico-bismuthique ou traitement bismuthique seul.** *Journée vénéréol. de Namur*, 28 juillet 1946, *in Bruxelles Médical*, n° 23, 8 septembre 1946, p. 1051.

Considérations générales sur les mérites du traitement mixte dans la syphilis séropositive récente. Mais le bismuth seul doit être employé dans la syphilis séronégative. Le bismuth a peu d'accidents si on le compare à l'arsenic (fréquence des arséno-résistances et des accidents graves dus aux déficiences organiques), si ce n'est la stomatite et l'action toxique sur le rein.

Le bismuth seul peut suppléer l'arsenic dans bien des cas, même dans la syphilis récente séropositive; mais le traitement doit être plus prolongé.

L. Golé.

Fourestier et Ancelin. — **Doit-on traiter par le novarsénobenzol un tuberculeux pulmonaire jeune évolutif, atteint de syphilis primo-secondaire ou de date encore récente ?** *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, 15 juin 1946.

Dans 10 cas (dont 5 observations rapportées) le traitement d'attaque arséno-bismuthique a été d'une parfaite innocuité et s'est montré très efficace. Les auteurs réagissent contre l'opinion courante qui veut ne soigner les tuberculeux évolutifs que par le bismuth ou le mercure.

Chabaud a vu la cuti-réaction se négativer au cours d'une cure bismuthique.

Jullien insiste sur la sensibilité des tuberculeux vis-à-vis du bismuth et du cyanure de mercure. A. Touraine.

Arsenicaux pentavalents.

H. Koteen. — **Etat actuel de la tryparsamide dans le traitement de la syphilis** (The present status of tryparsamide in syphilotherapy). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **213**, n° 5, mai 1947, p. 613-620, bibliogr.

Sévère condamnation des arsenicaux pentavalents, y compris la tryparsamide. D'après l'étude pharmocologique, ils n'agissent qu'en se transformant en arsenicaux trivalents et ne possèdent pas de plus grande pénétrabilité ou affinité pour le système nerveux central. Ils ne sauraient être des agents efficaces.

D'autre part, la tryparsamide cause souvent des troubles permanents de la vision, malgré les précautions, et particulièrement dans le tabès.

Les résultats enregistrés varient énormément selon les auteurs; ceux de K... n'apportent aucun argument en faveur de l'efficacité de la tryparsamide. Aucun remède n'est aussi dangereux que celle-ci employée isolément.

A. Touraine.

A. Bennett, W. Morrison et H. Modlin (Omaha). — **Combinaison de la pyrétothérapie et de l'aldarsone dans le traitement de la neurosyphilis** (Combined artificial fevers and aldarsone in the treatment of neurosyphilis). *Venereal Disease Information*, t. **25**, n° 3, mars 1944, pp. 69-75, 6 tableaux, bibliogr.

L'aldarsone est un arsenical pentavalent (« sodium-méthylène-sulfon-amino-hydroxy-phényl-arsonate »), de *pH* 7,6, largement soluble dans l'eau. La dose limite chez le rat et le lapin est un peu inférieure à celle de tryparsamide, plus élevée que celle de l'acétarsone ou du tréparsol. Il a été largement utilisé par Kamman (1938) dans 1.500 injections chez 53 malades, par Spiegel, Liefer et Sarason (1941) chez 133 neurosyphilitiques. Ces derniers auteurs ont obtenu 71 o/o d'améliorations dans 14 paralysies générales, 53 chez 28 tabétiques, 33 dans 6 tabéto-paralysies générales, 86 chez 29 paralytiques par méningovascularite, 46 dans 28 atrophies du nerf optique.

Les auteurs de ce travail ont obtenu de bons résultats, avec ce médicament, dans 44 cas de syphilis nerveuse. Combiné avec la pyrétothérapie, il s'est montré le traitement de choix de la neuro-syphilis en raison du haut pourcentage d'améliorations cliniques et sérologiques (76 o/o dans la paralysie générale). Mais les troubles oculaires (4 fois sur 23 dont 2 atrophies du nerf optique et 1 névrite rétrobulbaire) commandent de sérieuses précautions. A. Touraine.

Arsénones.

Y. Bureau. — **Les arsenoxydes. Place des arsénones dans le traitement de la syphilis récente.** *Journée vénéréol. de Namur*, 28 juillet 1946, *in Bruxelles Médical*, n° 23, 8 septembre 1946, p. 1062.

Éloge des arsénones dans le traitement de la syphilis primo-secondaire; activité plus grande que les arsénobenzènes, cure plus courte, mais toxicité plus grande, bien que les accidents graves soient rares. Deux cures suffisent, combinées au bismuth qui deviendra le seul médicament de la cure de consolidation.

L. Golé.

Lepinay et Vinard. — **Contribution à l'étude des « arsénoxydes » ou « arsénones » dans la thérapeutique de la syphilis.** *Bruxelles Méd.*, n° 17, 7 juillet 1946, p. 737, et n° 18, 1946, pp. 791-796.

Ce travail résume les conclusions des auteurs sur le traitement de la syphilis récente par le mapharsen.

Après le rappel de quelques notions physico-chimiques et des diverses techniques utilisées en Amérique : lente (alternative, chevauchante), semi-rapide (40 injections en 26 semaines ou en 12 semaines), rapide (20 jours), associées au bismuth et la méthode ultra-rapide (5 jours, à rejeter), les auteurs indiquent leur technique personnelle (2 injections par semaine pendant 10 semaines, 0 gr. 06 par injection, la première de 0,03), dose totale : 117 centigrammes, avec association, dans certains cas, d'une série de subsalicylate de bismuth.

La statistique porte sur 203 malades observés pendant 1 an et ayant reçu, pour certains, 4 séries échelonnées pendant cette période.

La durée des séries est à peu près identique à celle du traitement par le novar,

mais au lieu de 6 gr. 50 à 7 gr. 50 les malades ne reçoivent que 1 gr. 20 de composé arsenical.

Action comparable sur les accidents cliniques et sur la sérologie.

Tolérance. — Les auteurs n'ont observé aucun accident grave; d'ailleurs ces accidents sont très rares et plus rares qu'avec les arsénobenzènes.

A signaler : la douleur le long de la veine injectée, les brûlures au niveau des gencives (choc dentaire de Touraine) et les incidents bénins : élévation de la température (réaction d'Herxheimer), élévation thermique + signes d'intolérance (nausées, céphalées) qui incitent à la prudence, mais sont néanmoins tolérés dans la plupart des cas (cependant il est préférable d'interrompre le traitement). Dans 6 cas : incidents sérieux : syncope (immédiate dans un cas, 3 heures après dans un deuxième cas), état présyncopal (3 cas), dyshydrose infectée des deux mains (un cas après 25 injections).

Comme conclusions d'une étude comparée : les intolérants au novar sont également des intolérants au mapharsen, mais le mapharsen paraît mieux supporté que le novar. Cependant, comme ce dernier, il est plus toxique après la quarantaine. Le 914 paraît mieux convenir aux sujets de moins de 20 ans. Par contre entre 25 et 40 ans, le mapharsen paraît le médicament de choix (meilleur pouvoir de blanchiment, négativation aussi rapide).

Les auteurs sont surpris de la désaffection des arsenicaux chez les syphiligraphes français, désaffection due à des accidents graves (encéphalopathies et érythrodermies) d'étiologie imprécise (terrain, technique, produits ?).

Au Maroc, par contre, ces accidents sont rares.

L. Golé.

H. Eagle et R. Hogan (Baltimore). — **Evaluation expérimentale des méthodes intensives dans le traitement de la syphilis récente** (An experimental evaluation of intensive methods for the treatment of early syphilis). *Venereal Disease Information*, t. **24**, février 1943, pp. 33-44, 4 tableaux, bibliographie.

Étude expérimentale du mapharsen. En injection unique, la dose limite tolérée, chez le lapin, est de 10 milligrammes par kilogramme; la dose de 13 milligrammes tue la moitié des animaux, celle de 17 en tue 95 o/o. A la dose limite, plus de 65 o/o sont éliminés en une semaine et tout effet toxique (oligurie, diarrhée) a disparu. Cette dose peut donc être injectée chaque semaine, sans accumulation (par exemple 400 à 500 milligrammes en un an).

En injections 3 fois par semaine, 50 o/o de la dose sont éliminés en 48 heures; il se produit donc un léger effet accumulatif. La dose tolérée est de 8 milligrammes chaque fois pendant 4 semaines, ou de 6 mgr. 5 pendant 6 semaines.

En injections quotidiennes, l'effet accumulatif est plus marqué. L'injection quotidienne pendant 4 jours consécutifs permet une dose totale de 31 milligrammes par kilogramme, au total 65 milligrammes en 2 semaines (5 milligrammes par jour).

En 4 injections quotidiennes (à 2 heures d'intervalle) on peut injecter 16 milligrammes par jour et 38 milligrammes en 4 jours. La dose limite tolérée par injection s'abaisse à 2 mgr. 4.

Une injection intraveineuse unique en goutte à goutte pendant 6 heures permet une dose de 19 milligrammes par kilogramme et, si elle est répétée 4 jours consécutifs, un total de 45 milligrammes par kilogramme.

A. Touraine.

Trimigliozzi (Bari). — **Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du Mapharsen dans la syphilis** (Contributo allo studio dell'azione terapeutica del Mapharsen nella sifilide). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilografia*, vol. **88**, fasc. 2, mars-avril 1947, pp. 152 à 179. Deux pages de bibliographie.

L'auteur fait une revue des travaux américains et italiens sur le Mapharsen et expose les résultats qu'il a obtenus avec ce nouveau médicament chez 62 syphilitiques aux diverses étapes de l'infection.

Il insiste particulièrement sur le comportement des tréponèmes au point de vue de l'examen à l'ultra et sur certaines formes particulières qui peuvent être considérées comme des granules spirochétosiques observés à la chambre noire, à un intervalle d'une heure environ après la première injection de Mapharsen.

Les observations des cas traités amènent l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° Le Mapharsen, employé seul, exerce une action favorable sur les manifestations spécifiques primo-secondaires, mais son action sur les séro-réactions est inconstante et discutable ;

2° L'action du Mapharsen est notablement renforcée par l'association avec une préparation bismuthique, comme le montrent les résultats sérologiques brillants qui ont été obtenus dans les quelques cas qui ont été soumis à ce traitement mixte ;

3° Toutefois, la grande fréquence des phénomènes toxiques et d'intolérance constatés avec le Mapharsen fait écarter la possibilité que ce nouveau médicament puisse, dans tous les cas, être substitué avec avantage aux arsenicaux habituellement employés.

Belgodère.

Icife et M. Z. Lebedeva (Stalingrad). — **Deux ans d'expérience de traitement par les arsénoxydes de syphilis primaires et secondaires.** *Journal de Vénéréologie et de Dermatologie* (Moscou), 1947, II, pp. 30 à 33.

Tout en reconnaissant l'activité du Mapharsen, les auteurs ne lui trouvent aucune supériorité sur les arsénobenzènes, tant du point de vue clinique que sérologique. Les intolérances, habituellement bénignes, ont été notées dans 13,7 o/o des cas, les échecs dans 7,1 o/o.

P. de Graciansky.

E. Tello. — **Traitements contemporains de la syphilis récente par les arsenicaux Méthodes massives, intensives et accélérées** (Tratamientos contemporaneos de la sifilis reciente con arsenicales. Metodos massigos, intensivos y acelerados). *Prensa Medica Argentina*, **34**, n° 44, octobre 1947, pp. 2093-2097. Bibliographie.

La fréquence et la gravité des accidents observés (20,58 o/o) au cours des traitements modernes antisyphilitiques sont proportionnelles au nombre d'injections d'arsénoxyde. Cette thérapeutique doit demeurer du domaine expérimental et doit être instituée chez des malades hospitalisés soumis à la surveillance stricte du spécialiste.

R. Mollinedo.

N. Jones, J. Hundley, A. Walker, Ch. Carpenter, S. Warren et H. Hanson. — **Nouvelles observations du traitement en un jour de la syphilis par la fièvre et le mapharsen** (Further observations on one-day treatment of syphilis with fever and mapharsen). *New-York State Journ. Med.*, t. **45**, 1er février 1945, pp. 277-280.

Rappel de 280 cas de syphilis récente ainsi traités et suivis pendant une période supplémentaire de 8 mois et exposé de 141 nouveaux cas suivis pendant 3 mois. Ces malades ont été soumis à trois schémas différents de traitement.

Schéma *1*. — 1 milligramme de mapharsen par kilogramme de poids, pendant la période d'ascension de la fièvre artificielle, mais avant que la température ait atteint 39°5. 78 cas observés 22 à 30 mois : 15 rechutes cliniques, 1 rechute sérologique, 6 réinfections.

Schéma 2. — Même dose que précédemment, le soir, de mapharsen. Le lende-

main, pyrétothérapie et nouvelle injection de mapharsen de 1 mgr. 5 par kilogramme. 137 cas observés pendant 12 à 22 mois : 13 rechutes cliniques, 2 rechutes sérologiques, 2 réinfections probables.

Schéma 3. — Élévation, progressive pendant 2 heures, de la température à 41°1, maintien à ce chiffre pendant 5 heures, puis 2 milligrammes de mapharsen par kilogramme. 206 cas observés pendant 3 à 12 mois : 16 rechutes cliniques, 5 rechutes sérologiques.

Ces traitements, dont le troisième est le plus efficace, sont rapides (8 heures de durée, 2 jours d'hospitalisation) et économiques; les incidents ont toujours été bénins; mais le fonctionnement du foie et des reins doit être surveillé.

A. Touraine.

G. Bowmann et P. Humphrey. — **Résumé de 800 cas de syphilis récente traités par la méthode des injections lentes en 5 jours** (Resumé of eight hundred cases of early syphilis treated bi five-day, slow drip method). *Journal of Indiana Medical Association*, t. **38**, 1945, p. 259.

Ces 800 malades ont reçu 1 gramme à 1 gr. 20 de mapharsen au total, selon leur poids; 70 /o d'entre eux ont eu, en même temps, du bismuth intramusculaire.

Le résultat a été considéré comme satisfaisant dans 96,4 o/o des syphilis primaires séro-négatives, dans 84 o/o des syphilis primaires séro-positives et dans 78,1 o/o des syphilis secondaires. 4 morts dont 3 par encéphalopathie et 1 par lésions du foie; de plus, 3 encéphalopathies graves mais non mortelles.

A. Touraine.

A. L. Weiner. — **Thérapeutique arsenicale trihebdomadaire pour la syphilis récente** (Triweekly Arsenotherapy for Early Syphilis). *Cincinnati Journal of Medicine*, t. **28**, mai 1947, p. 301.

L'auteur signale qu'une méthode trihebdomadaire a été employée dans le service de vénéréologie de l'Hôpital de Cincinnati durant ces trois dernières années. Le traitement consistait en 40 injections d'arsenic et 10 injections de bismuth au total.

L'arsenic (principalement mapharsen) était administré à la dose de 1 milligramme par kilogramme de poids, en général de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 trois fois par semaine pendant 13 semaines et demie et le sous-salicylate de bismuth à la dose de 1 centimètre cube était administré une fois par semaine pendant les dix premières semaines. Au total, 714 malades furent traités par cette méthode. L'évolution de ces malades a montré que ce traitement est bon et effectif dans la syphilis primaire, secondaire et récente latente. Ce procédé de traitement semble pratique pour les cabinets médicaux. La pénicilline dans l'huile et cire, seule ou en combinaisons avec arsenic et bismuth, ne peut pas encore être recommandée comme routine dans le traitement de la syphilis récente. M. Balter.

R. Bessière et H. P. Gérard. — **Le traitement de la paralysie générale par le 4000 M (statistique de 90 cas).** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 12, 22 février 1947, p. 130.

Le 4.000 M est une arsine aromatique qui, au moment de l'injection, se trouve à l'état de *p*-hydroxy-*m*-aminophénylarsénite de sodium : $O_6H_8A(ON.)_2NH_2OH$. Le médicament est injecté par voie strictement intraveineuse chez le malade à jeun depuis trois heures. La posologie est de 0,06 à 0 gr. 20, en progressant de 2, puis de 1 tous les 2 jours; on termine par cinq injections à 0,25; au total 3,02. Le traitement, appliqué après impaludation, commence quelques jours après le dernier accès. Il comprend, d'ordinaire, 2 séries séparées par un repos d'un mois. Les incidents observés sont bénins et passagers. Sur 90 malades : 9 o/o de très bonnes rémissions, 24 o/o de bonnes rémissions, 26 o/o de rémissions moyennes,

31 o/o de résultats médiocres. La malariation préalable semble peu améliorer le pronostic. Le syndrome sérologique est peu modifié. La rapidité de l'amélioration est remarquable.

Cet arsenical trivalent peut être employé dans le traitement de la paralysie générale avec des résultats supérieurs à ceux des arsenicaux pentavalents. Le nombre des contre-indications est très réduit.

H. RABEAU.

20x. — *Syphilis* (Accidents de l'arsénothérapie).

Cl. HURIEZ, A. GUIDOUX et R. DUSAUSOY — **La part du toxique, du terrain et du microbe dans les accidents des chimiothérapies. Essai de synthèse.** *Monographie*, Masson, Paris, 1947, 43 p., 31 fig., 1 dépliant, bibliogr.

Les principales conclusions de ce travail abondamment documenté et illustré sont :

1° La réaction fébrile immédiate est la traduction de la surprise du système réticulo-endothélial qui laisse le médicament attaquer le système neuro-végétatif. A cette irruption éclair du toxique répond aussi la crise nitritoïde.

2° Les accidents médiats ou retardés, tels que l'érythème du neuvième jour, traduisent la surcharge transitoire et modérée de certains secteurs, notamment hépatique, du système réticulo-endothélial, d'où une excitation anormale du centre thermo-régulateur, une hyperplasie réactionnelle des secteurs intacts, du cutané notamment.

3° « Une déchéance beaucoup plus accusée, chez des insuffisants hépatiques, soumet à une surcharge, d'autant plus durable et grave qu'on est en fin ou en reprise de cure médicamenteuse, ce qui reste valide du système réticulo-endothélial. Les histiocytes débordés n'arrivent plus à protéger un sympathique dont la paralysie, cette fois chronique, se traduit par un érythème généralisé, un prurit et une éosinophilie. La faillite des défenses naturelles laissera toutes les possibilités d'envahissement en surface et même en profondeur aux saprophytes cutanés. »

A. TOURAINE.

A. ZUBIRI VIDAL. — **Études expérimentales sur la pathogénie et le traitement des accidents produits par les arsenicaux anti-syphilitiques** (Estudios experimentales sobre la patogenia y el tratamiento de los accidentes producidos por los arsenicales antilueticos). *Rev. argentina de Dermatosifilologia* (Buenos-Aires), **13**, n° 2, pp. 157-190. Bibliographie importante.

L'injection de novar et d'arsénoxyde produisent chez le chien une nette augmentation de la vitamine C dans le sang (défense de l'organisme), suivie d'une chute continue et se traduisant alors par des diarrhées et des entérorrhagies. Par contre, la chlorarsine ne fait pas varier le taux de l'ascorbinémie. La novocaïne, injectée préventivement, loin d'arrêter la chute de la tension artérielle, renforce l'action vaso-dilatatrice du novar. L'acide para-amino-benzoïque s'est révélé être un bon antidote en évitant, chez l'animal, l'effet mortel de hautes doses de novar.

R. MOLLINEDO.

Luigi SEMMOLA (Florence). — **Sur le biotropisme arsénobenzolique. Revue synthétique. Observations personnelles Considérations critiques** (Sul biotropismo arsenobenzolico. Rivista sintetica. Osservazioni personali. Considerazioni critiche). *Il Dermosifilografo*, années **20-21**, nos 9-10, septembre-octobre 1946, pp. 189 à 280, Bibliographie.

La question du biotropisme n'a pas jusqu'ici passionné beaucoup les auteurs italiens, sans doute parce que les accidents de biotropisme semblent se manifester

moins fréquemment en Italie que dans d'autres pays. Les théories de Milian n'y ont suscité ni grand enthousiasme, ni opposition accentuée. Les travaux sur cette question ont été rares. L'auteur a entrepris de combler cette lacune par une enquête personnelle approfondie.

Il ne saurait être question d'analyser en détail ce mémoire de près de cent pages et dont les conclusions elles-mêmes sont étendues et il faut se borner à résumer ces conclusions.

Pour Semmola l'interprétation pathogénique soutenue par Milian est dans une certaine catégorie de cas acceptable; dans une autre catégorie, elle est douteuse; enfin elle n'est pas fondée dans un troisième groupe de faits.

Il faut faire une distinction entre certaines manifestations qui sont de nature nettement infectieuse et d'autres dont l'étiologie est obscure. La conception biotropique est plus acceptable pour les premières que pour les secondes. Dans le domaine des accidents cutanés les affections nosologiquement bien définies, de nature sûrement infectieuse, dues à des virus capables de séjourner à l'état latent dans l'organisme, lorsqu'elles surviennent au cours d'une cure arsénobenzolique, trouvent dans la théorie biotropique une explication plausible. Tel est le cas de l'herpès simplex, de l'herpès zostérien, de certaines staphylococcies et de certaines streptococcies.

Pour ce qui concerne les exanthèmes érythémateux précoces (érythème du 9e jour de Milian) la théorie biotropique n'est pas acceptable d'une manière générale. Elle n'est admissible que dans les cas où il y a eu précédemment ou contemporainement des affections microbiennes spécialement cutanées et où l'on peut faire intervenir un état d'allergie de la peau vis-à-vis des antigènes bactériens correspondants.

Un autre groupe d'affections comprend certaines réactions complexes et de pathogénie encore obscure, telles que les érythrodermies streptococciques, les stomatites arsénobenzoliques; le rôle du biotropisme dans ces cas reste douteux.

Pour ce qui concerne les maladies cutanées nosologiquement bien définies, mais à étiologie obscure et dont la nature infectieuse est douteuse comme le psoriasis, le lichen plan et l'urticaire, la théorie biotropique et, pour l'auteur, sans fondement.

Dans le domaine des appareils internes, certains tableaux morbides ont été attribués à une activation biotropique exercée par l'arsenic sur des infections latentes, atténuées ou chroniques.

Semmola admet ainsi l'interprétation biotropique pour certains ictères bénins qui apparaissent au cours de la cure arsenicale et plus encore pour certains épisodes cholécystiques.

Du côté du système nerveux, l'interprétation biotrophique des méningo-encéphalites bénignes accompagnées d'éruptions érythémateuses, dues à la réactivation d'un virus inconnu, paraît douteuse.

Au point de vue de l'appareil respiratoire, Semmola admet la possibilité de la réactivation dans la tuberculose pulmonaire dont l'évolution est souvent aggravée par l'arsenic. Cette interprétation lui semble beaucoup plus douteuse que les autres affections pulmonaires.

Pour ce qui concerne l'appareil uro-génital, le biotropisme semble pouvoir être admis dans certains cas comme les annexites gonococciques, les cystites colibacillaires.

Dans le domaine des maladies infectieuses générales, le biotropisme semble bien pouvoir être invoqué pour expliquer certaines récidives de rhumatisme, de paludisme. Mais Semmola met en doute la pathogénie biotropique de l'angine agranulocytaire.

Pour l'auteur, l'interprétation biotropique, à laquelle il manque une base démonstrative rigoureusement scientifique, doit être appliquée seulement quand on se trouve en présence d'un ensemble de données cliniques qui déposent en sa faveur. Pour lui, les conditions indispensables pour admettre la pathogénie biotropique d'un accident arsenical sont les suivantes :

a) La démonstration certaine de la nature infectieuse et autant que possible sa définition étiologique précise; *b*) la possibilité ou la certitude de la préexistence d'une affection microbienne soit atténuée, soit latente en se basant sur les anamnestiques et sur l'aptitude de l'agent infectieux incriminé à entrer en phase de latence; *c*) la certitude de récidives ou de réactivations sous l'influence d'administrations successives d'arsenic; *d*) la possibilité de prévenir les récidives et les réactivations interthérapeutiques par un traitement antiseptique ou bien spécifique.

D'autres conditions sont considérées par l'auteur simplement comme des signes de probabilité : *a*) la précocité d'apparition des accidents morbides interthérapeutiques; *b*) l'atténuation spontanée des récidives allant jusqu'à la parfaite tolérance sous l'influence de l'emploi de doses successives et de plus en plus fortes d'arsenic; *c*) la possibilité d'apparition d'accidents identiques sous l'influence d'autres chimiothérapies.

BELGODÈRE.

BINAZZI (Pérouse). — **Contribution à la connaissance du syndrome du 9e jour (Erythème du 9e jour de Milian)** (Contributo alla conoscenza della sindrome del IX giorno. Eritema del IX giorno di Milian). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. 6, décembre 1946, pp. 458 à 484. Deux pages de bibliographie.

Les recherches ont porté sur 520 syphilitiques (112 hommes et 408 femmes). Sur 91 sujets, 16 hommes et 75 femmes, fut observée une symptomatologie qui peut être rapportée à l'érythème du 9e jour (exanthème accompagné des symptômes généraux bien connus). Outre les recherches cliniques, l'auteur a effectué des épreuves de sensibilité cutanée à l'arsénobenzol qui donnèrent des résultats négatifs.

Sur 10 malades, on rechercha le titre du sérum à la réaction de Wassermann et à celle de Sachs Witebsky, avant le traitement et tous les deux jours jusqu'au douzième; le titre des réagines hématiques a souvent montré des valeurs en augmentation autour du 9e jour et une tendance à la diminution vers le 12e jour. On a recherché aussi la vitesse de sédimentation et étudié le dermographisme, mais ces recherches n'ont donné aucun résultat intéressant.

Le syndrome se manifeste de préférence chez les sujets jeunes et chez les femmes; il est plus fréquent dans les cas de syphilis récente avec manifestations en activité et chez ceux qui sont soumis pour la première fois au traitement salvarsanique. L'administration simultanée de sulfamides en augmente considérablement la fréquence.

Au point de vue pathogénique, il semble vraisemblable d'interpréter le syndrome comme l'expression d'un état anaphylactoïde, d'intolérance médicamenteuse accompagné de déséquilibres neuro-végétatifs à la faveur desquels peuvent être déterminées des manifestations pathologiques dues à une augmentation de virulence tréponémique ou microbienne au sens large du mot.

La fréquence avec laquelle la phase réactive d'intolérance se prolonge pendant un à deux mois indique l'opportunité de la suspension du traitement arsénobenzolique pendant une période de 20 à 40 jours en moyenne. Il convient de tenir compte, d'autre part, que l'intolérance au médicament persiste parfois plus longtemps et peut même être définitive. Le traitement arsénobenzolique devra donc n'être repris qu'avec précaution et, au besoin, en changeant de préparation.

BELGODÈRE.

H. Kellner (Innsbruck). — **Contribution à l'étude de la réaction du neuvième jour dans les cures arsenicales** (Zur Kenntnis der Reaktion des neunten Tages bei Salvarsankuren). *Klinische Medizin*, année **2**, n° 22, 15 novembre 1947, pp. 1037-1051, 1 diagramme, bibliogr.

Vive critique de la conception du biotropisme de Milian [que l'auteur ne connaît que par des analyses de *Zentralblatt*, *An*] pour expliquer les érythèmes (ou mieux la « réaction », puisqu'il n'y a érythème que dans la moitié des cas) du 9e jour (ou mieux du 6e au 15e jour). Il ne s'agit pas de l'activation d'une autre infection par l'arsenic, mais de phénomènes voisins, quoique non identiques, de la maladie du sérum. L'auteur souligne la fréquence des manifestations nerveuses.

Le bismuth, le mercure et l'iode peuvent déterminer des réactions de même ordre. La méthode des tests, irrégulière dans ses résultats, ne permet pas de prévoir les accidents. A. Touraine.

D. I. Lass. — **Contribution à l'étude de la pathogénèse de l'érythème du 9e jour de Milian.** *Journal de Vénérologie et de Dermatologie* (Moscou), 1947, I, pp. 19 à 21.

L'auteur, se basant sur son expérience de la thérapeutique de la syphilis par de fortes doses de salvarsan en goutte à goutte, donne des arguments en faveur de l'origine biotropique des accidents dits du 9e jour, alors que, dit-il, le biotropisme est habituellement combattu par les auteurs russes.

P. de Graciansky.

W. Leifer. — **Danger de continuer l'arsénothérapie après l'érythème du 9e jour** (The danger of continued arsenotherapy in cases of erythema of the ninth day). *Am. J. Med. Sc.*, **210**, octobre 1946, p. 458, *in Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 6, décembre 1946, p. 715.

Pour Leifer, l'érythème du 9e jour de Milian est la conséquence d'une sensibilisation à l'arsenic. Il faut considérer toute épisode fébrile au cours de l'arsénothérapie (surtout dans les trois premières semaines et en dehors de la réaction d'Herxheimer) comme un signe de sensibilisation à l'arsenic.

Dans les 14 cas de l'auteur, la reprise de l'arsenic après l'érythème du 9e jour s'est toujours accompagnée de complications (ictère, agranulocytose avec ou sans néphrite). L. Golé.

E. Langer et H. Grimmer (Berlin). — **La dermatite arsenicale est-elle une toxicose des capillaires ?** (Salvarsandermatitis-eine Kapillartoxikose ?). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, t. **3**, n° 9, 1er novembre 1947, pp. 389-401, 1 diagramme, bibliogr.

Discussion des diverses conceptions pathogéniques (allergie avec rôle possible de lésions hépatiques; infection). « En réalité, d'après les auteurs, cette dermatite est d'un processus complexe que l'on peut considérer comme l'expression d'une altération des fonctions des capillaires sur le fond d'une disposition réactionnelle allergique qui se manifeste au niveau des éléments terminaux de la circulation; c'est donc une toxicose des capillaires (capillarite) ».

L'emploi d'urée pure-bicarbonate de soude (« ituran ») et de vitamine C est un bon élément de prophylaxie. A. Touraine

Accidents des arsénobenzènes.

M. Pervès. — **Un cas d'intoxication arsénobenzolique. Observations sur la pathogénie de cet accident.** *Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôp. de Paris*, année **45**, nos 32-35, 30 novembre 1945, p. 425.

Un homme de 35 ans (noir du Cameroun) fait après une injection de 0,45 de

novarsénobenzol une pigmetation en lunette des orbites, de la face dorsale des pieds.

Huit ans plus tard, mêmes accidents après deux nouvelles injections. Ces taches persistent deux mois.

L'auteur explique ces accidents par un blocage surrénal transitoire où l'hyperthyroïdisme aurait sa part.

[Il s'agit là, croyons-nous, d'accidents analogues aux érythèmes pigmentés fixes de l'antipyrine et de certains médicaments. *An*].

GEORGES GARNIER.

A. MADSEN. — **La dermatite salvarsanique est-elle devenue plus fréquente ?** *Soc. norvégienne de Dermatologie*, 23 septembre 1943 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, pp. 162-164.

On a compté, dans le service de Madsen, 7 cas d'érythrodermie arsenicale en 1937, 7 en 1938, 2 en 1939, 3 en 1940, 1 en 1941, 4 en 1942 et 13 dans les 9 premiers mois de 1943. Le nombre des cas de syphilis n'a cependant pas augmenté en Norvège (364 en 1937, 375 en 1938, 317 en 1939, 306 en 1940 (? ensuite).

On a incriminé la toxicité de certaines séries de fabrication d'Höchst, les doses trop élevées (pourtant sans changement depuis longtemps), les carences alimentaires (4 observations rapportées ne permettent aucune conclusion).

A. TOURAINE.

M. J. COSTELLO et S. LANDY. — **Dermatite exfoliative après arsénothérapie, d'après 50 cas** (Dermatitis exfoliativa following arsphenamine therapy : observations on fifty cases) *New England Journal of Medicine*, t. **232**, 1945, p. 369.

50 cas dont 26 femmes, 24 hommes, avec 48 guérisons et 2 morts; 42 après néoarsphénamine. Ictère chez 2 d'entre eux. Sérologie positive chez 27, négative chez 23.

Hyposulfite de soude utilisé sans résultat dans 3 cas. La dextrose intraveineuse a paru être utile. Des injections d'extrait hépatique ont dû être interrompues en raison d'abcès.

A. TOURAINE.

E. BARKSDALE. — **Manifestation cutanée du tabac dans le cas particulier de l'érythrodermie arsenicale** (Cutaneous manifestation from tobacco with special reference to arsenical exfoliative dermatitis). *The Journal of the American Medical Association*, t. **115**, 31 août 1940, p. 115.

On sait que le tabac renferme des arséniates dont les cultivateurs se servent comme insecticides. On connaît aussi une série de cas d'érythrodermies avec arséniémie dues à l'arsenic du tabac. Exposé, dans ce travail, de 4 cas personnels de dermatite exfoliatrice après novar et dans lesquels le tabac paraît avoir gêné la guérison.

1° Homme avec léger prurit après la 6e injection d'arsenic, amélioration puis bon état pendant un mois, aggravation nouvelle quand il se remet à fumer.

2° Jeune fille nègre : légère éruption après la troisième injection d'arsenic ; huit mois plus tard nouvelle poussée de moyenne intensité alors que l'arsenic a été interrompu mais après que la malade s'est remise à priser depuis trois mois. Elle cesse l'usage du tabac et guérit en six semaines.

3° Nègre : légère dermatite après la troisième injection d'arsenic ; il continue à fumer malgré les conseils ; deux mois plus tard, érythrodermie grave.

4° Erythrodermie mortelle chez un homme qui prisait en excès.

A. TOURAINE.

St. v. Pastinszky. — **Contribution à la pathogénie des complications oculaires dans les dermatites par Salvarsan** (Beitrag zur Pathogenese der Augenkomplikationen bei Salvarsandermatitis). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 6, mars 1944, pp. 480-492, bibliogr.

L'auteur constate que, si l'atteinte de la conjonctive est fréquente dans l'érythrodermie arsénobenzolique, la kératite, qui peut conduire à la perte de la vue, est heureusement plus rare.

Il en a observé 3 cas. Le premier a abouti à une panophtalmie avec perforation de la cornée et perte d'un œil, à une opacité légère mais définitive de la cornée de l'autre œil. Le second n'a comporté qu'une kératite superficielle, avec des opacités qui ont disparu en 6 mois. Le troisième, un simple œdème de la cornée, qui a rétrocédé.

Pastinszky explique la fréquence de la conjonctivite et la rareté de la kératite de la manière suivante. La réaction est de nature allergique — l'abondance des éosinophiles dans la sécrétion conjonctive le démontre — ;à ce titre, son intensité dépendra de la structure histologique des tissus, c'est-à-dire de leur richesse en cellules réticulo-endothéliales. La conjonctive, beaucoup plus riche, est de ce chef beaucoup plus exposée que la cornée aux phénomènes inflammatoires déclenchés par la réaction allergique. A. Civatte.

Detroy et Legesne (Roubaix). — **Neurorétinite hémorragique au cours d'un traitement par le novarsénobenzol.** *Société d'Ophtalmologie de Paris*, 16 mars 1946.

Chez une femme, après 6 grammes de novar, baisse de la vision à 1/10 et 2/10 par œdème papillaire bilatéral et hémorragies rétiniennes qui évoluèrent vers une rétinite proliférante.

Dollfus signale un cas d'œdème papillaire unilatéral au cours d'un traitement par arsénomyl et bivatol. Sa guérison en 10 jours fut suivie d'une iritis de l'autre œil.

Hudelo estime cependant que l'on a beaucoup exagéré les dangers pour l'œil des arsenicaux pentavalents donnés correctement. Renard ne partage pas cet optimisme. A. Touraine.

F. Thiébaut, R. Houdart et B. Barré. — **Myélite post-arsenicale.** *Société de Neurologie de Paris*, addendum à la séance du 7 décembre 1944, *in Revue Neurologique*, t. **77**, nos 11-12, novembre-décembre 1945, p. 289.

Une femme de 40 ans présente une paraplégie par myélite : paralysie des membres inférieurs avec exagération des réflexes, signe de Babinski bilatéral, troubles sphinctériens, troubles de la sensibilité superficielle et profonde. A ces signes s'ajoutent quelques troubles de la sensibilité profonde du membre supérieur droit.

L'examen ne révèle aucune trace de syphilis. Se plaignant de bouffées de chaleur, la malade est allée un an auparavant consulter un médecin qui lui a prescrit un traitement par l'acétylarsan, sans suspecter d'ailleurs l'existence de syphilis. Elle a ainsi reçu 10 injections intramusculaires de ce produit qu'elle a bien supportées tout d'abord ; mais un mois après la fin de la série elle a commencé à ressentir des fourmillements des membres inférieurs, en même temps qu'une gêne à la marche ; ces troubles ont duré 2 à 3 mois et disparu progressivement. Quelques mois plus tard elle a revu son médecin qui, en dépit des incidents parétiques qu'elle avait présentés, lui a conseillé une deuxième série d'acétylarsan identique à la première. Un mois après la fin de cette deuxième série les mêmes troubles se sont reproduits, mais ils se sont compliqués cette fois d'une paraplégie survenue brusquement au bout de quelques jours.

La paraplégie a été améliorée à la suite d'un traitement radiothérapique. Selon toute vraisemblance il s'agit d'une myélite due à l'action neuro-toxique de l'acétylarsan. [Cette observation montre une fois de plus le danger des arsenicaux pentavalents employés d'une manière inconsidérée et la nécessité de suspendre leur emploi au moindre symptôme d'intolérance. Elle témoigne en outre du fait que l'action neuro-toxique de l'acétylarsan peut s'exercer non seulement à l'égard

des nerfs périphériques, ce qui est bien connu, mais encore à l'égard du système nerveux central, ce qui a été rarement observé jusqu'à ce jour. *An.*].

LUCIEN PÉRIN.

G. HIPPS et R. GOLDBERG. — **Encéphalopathie arsenicale** (Arsenical encephalopathy). *British Medical Journal*, 8 mars 1947, pp. 296-297.

Observation d'un malade qui, à la cinquième piqûre d'une deuxième série de néoarsphénamine présenta une apoplexie séreuse avec exitus; la nécropsie montra un liquide ventriculaire légèrement hémorragique, une congestion des plexus choroïdes. Des pétéchies sur les plèvres viscérales.

M. MANSOUR.

M. GÉRARD-LEFEBVRE et P. COMPAGNIE (Lille). — **Guérison de deux cas d'apoplexie séreuse chez des nourrissons de 10 et 11 mois en cours de sulfarsénol.** *Soc. de Pédiatrie*, 18 mars 1947 et *L'Hôpital*, année **35**, n° 550, mai 1947, pp. 111-112.

Au cours de séries d'injections de 0 gr. 05 à 0 gr. 12 de sulfarsénol chez deux nourrissons, début brutal par vomissements, convulsions, coma vultueux, hyperthermie. Chez l'un d'eux, hyperalbuminorachie, élévation de l'urée du sang et du liquide. Guérison après évacuation massive de liquide céphalo-rachidien par ponction sous-occipitale.

Rappel de plusieurs cas identiques récents. A. TOURAINE.

R. RAYNAUD et E. HADIDA (Alger). — **Syndrome agranulocytaire au cours d'un traitement novarsénobismuthique. Traitement pénicilliné. Guérison.** *L'Algérie Médicale*, année **50**, n^{os}, 9-10, novembre-décembre 1947, pp. 681-683.

♀, 28 ans, syphilis secondaire. Après 3 gr. 60 de novar et 10 bismuths, fièvre brusque à 39°8, puis stomatite ulcéreuse localisée à une dent de sagesse ; 2.440 leucocytes dont 6 o/o de polynucléaires. Pénicilline 4.800.000 U. en 12 jours. Chute de la fièvre en un jour ; disparition de la leucopénie et de la neutropénie en 4 jours dans le sang, en 9 jours dans la moelle osseuse.

Les auteurs croient à une infection plus qu'à un processus toxique.

A. TOURAINE.

QUILLEC (P.). — **Un cas de syndrome agranulocytaire d'origine arsénobismuthique.** *Société de Médecine militaire française*, Bulletin mensuel, octobre 1947, n° 8, pp. 213-215.

Un malade, atteint de syphilis secondaire, est soumis au traitement arséno-bismuthique. Il a ainsi reçu trois doses de novarsénobenzol à 0 gr. 90 et dix injections de bismuth. A ce moment, on observe une angine érythémateuse fébrile, une adénopathie cervicale, une leucopénie avec disparition des polynucléaires. La pénicillothérapie fait immédiatement régresser le syndrome. L'auteur considère la monocytose importante trouvée dans ce cas comme un élément de pronostic favorable. Le traitement arsenical est repris ensuite sans incident. F. FERRABOUC.

Accidents des arsenicaux pentavalents.

DETROY, LESSENNE et COUTER. — **Névrite optique au cours d'un traitement par l'acétylarsan.** *Société de Médecine du Nord*, 29 novembre 1946.

Deux observations ont déjà été rapportées en décembre 1945. Cette troisième observation concerne un malade de 62 ans, simplement suspect de syphilis, auquel est appliqué un traitement correct par l'acétylarsan; au cours du traitement survient une papillite unilatérale, suivie d'atrophie optique partielle. Les auteurs écartent l'étiologie toxique et pensent plutôt à la réactivation d'une syphilis nerveuse latente (Mais pourquoi ces réactivations au niveau du nerf optique ne surviennent-elles jamais qu'avec l'arsenic pentavalent ?).

V. CORDONNIER.

Accidents des arsénones.

F. Cormia et S. Blauner (New-York). — **Réactions au traitement intensif mapharsen-bismuth en 20 jours** (Reactions to twenty-day intensive therapy with mapharsen and bismuth for syphilis). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 135-149, 2 tableaux, 5 diagrammes, très courte bibliogr.

La méthode de Pillsbury, en 20 jours, a été appliquée à 500 malades et suivie complètement par 476 (interrompue en raison de 7 troubles cérébraux, 6 ictères, 3 érythèmes, 3 agranulocytoses, 2 hyperthermies, 2 encéphalites hémorragiques, 1 albuminurie). Sur le reste, on a compté 190 incidents dont 125 réactions fébriles (76 légères, 31 en pointe, 18 prolongées), 33 érythèmes, 14 irritations cérébrales, 6 ictères, 3 agranulocytoses, 2 encéphalites hémorragiques, 7 incidents divers. De son côté, le bismuth a donné quelques stomatites, 2 dermatites, 5 arthralgies, 3 « grippes », 4 albuminuries.

Appliqué à 18 cas, le B.A.L. a donné de bons résultats dans les érythèmes toxiques (3 cas) et l'hyperthermie (4 cas), moins brillants dans l'irritation cérébrale (8 cas), l'encéphalite (1 cas). L'amélioration n'a été parfois que légère et passagère. A. Touraine.

M. Leonard. — **Ictère grave dans la syphilis récente** (Acute yellow atrophy of the liver in early syphilis). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **208**, octobre 1944, pp. 461-470.

Une femme de 15 ans, en syphilis secondaire récente floride, reçoit en 6 jours 3 injections de mapharsen (0 gr. 015, 0 gr. 03, 0 gr. 04) et 2 de bismuth (0 gr. 13). La jaunisse qui existait auparavant persiste puis s'aggrave brusquement (stupeur, réflexes exagérés, trépidation épileptoïde, Babinski positif, pupilles dilatées). Mort 9 jours après la dernière injection. A l'autopsie, atrophie jaune aiguë du foie, œdème cérébral sans hémorragie.

A cette occasion, résumé de la littérature sur le même sujet et tableau d'ensemble de la clinique : Début insidieux avec, souvent, hépatomégalie, avec ou sans fièvre, malaises, myalgies, nausées, vomissements, prurit. Puis, brusquement, aggravation avec troubles neuro-psychiques, convulsions, coma et mort. Diminution rapide du foie dans la dernière phase, parfois cristaux de leucine et de tyrosine dans les urines, souvent légère fièvre et odeur acétonique de l'haleine. A. Touraine.

S. Fisher, H. L. Holley et G. Fein. — **Agranulocytosis.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 1, janvier 1947, pp. 57-66.

Rapport de 12 cas d'agranulocytose survenus en un an, au cours de traitements intensifs (arsénoxyde et bismuth; pénicilline, arsénoxyde et bismuth) chez 882 malades.

Le début de l'agranulocytose survint vers la fin du traitement. Traitement par le dimercaptol, les nucléides pentoses et l'extrait hépatique. Dans certains cas, des transfusions sanguines. Pas de décès. Dans la moitié des cas, l'agranulocytose survint après une réaction fébrile ou un érythème du type réaction du 9ᵉ jour. L. Golé.

J. McManus. — **Agranulocytose après traitement par le mapharsen** (Agranulocytosis following Mapharsen Therapy). *The New England Journal of Medicine*, t. **284**, 1947, p. 17.

Deux cas d'agranulocytose aiguë avec hépatite toxique attribuables au mapharsen. L'association de celui-ci avec la pénicilline aurait le double avantage de prévenir de tels accidents de septicémie généralement mortelle et de combattre la syphilis du même coup. A. Touraine.

B. A. L.

A. Lichtwitz et P. Bernal. — **B. A. L. Nouveau traitement des intoxications arsenicales et mercurielles.** *La Semaine des Hôpitaux*, t. **22**, n° 41, 7 novembre 1946, pp. 1911-1915, bibliogr.

Le B. A. L. ou British-anti-Lewisite est un dithiol dont la formule est CH^2 SH CHSH CH^2OH (2,3 dimercaptopropanol) étudié pour la protection contre les gaz de combat et, notamment, contre les arsenicaux comme la lewisite. « Ils accaparent l'arsenic, libérant ainsi la protéine soufrée. Les thiols tissulaires peuvent alors, à nouveau, secréter ces enzymes métaboliques qui assurent la stabilité des constituants cellulaires ».

Après un rappel des recherches expérimentales de Peters et de Stock, les auteurs relatent les bons effets obtenus, chez l'homme, par Longcope et par Eagle dans l'intoxication arsenicale : massive par erreur dans 3 cas, encéphalopathie avec guérison dans 80 o/o des cas si le B. A. L. est donné avant la 6e heure après le début des accidents, érythrodermie vésiculo-œdémateuse avec guérison en 2 semaines dans 80 o/o, agranulocytose avec guérison très rapide dans 90 o/o, ictère avec guérison dans le tiers des cas, polynévrite dont un seul cas guéri. Mêmes résultats très favorables dans l'intoxication mercurielle par sublimé, si le traitement est très précoce (moins de 4 heures).

Le B. A. L. est dissous dans l'huile d'arachide, solubilisé par une solution de benzoate de benzyle à 10 ou 20 o/o. Il est injecté dans les muscles à la dose de 1 mgr. 5 à 2 mgr. 5 par kilogramme dans les cas légers, de 3 milligrammes dans les cas graves. Les doses supérieures à 4 à 5 milligrammes sont toxiques (myalgies, arthralgies, céphalée, salivation, pleurs, brûlures des muqueuses, constriction thoracique, tachycardie, hypertension, nausées, vomissements). L'action s'épuise en 4 heures; les injections doivent donc être renouvelées toutes les 3 à 4 heures puis espacées. La dose moyenne par injection, pour un homme de 65 kilogrammes, est de 0 gr. 20, c'est-à-dire de 1 cm^3 8 à 2 centimètres cubes de la solution huileuse à 10 o/o.

A. Touraine.

S. Lewi. — **Le traitement des intoxications arsenicales et mercurielles par le 2,3 dimercaptopropanol B. A. L.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 63, 11 décembre 1946, p. 841, bibliogr.

Dans cet excellent « mouvement médical », Lewi montre les recherches de guerre qui ont abouti à la découverte de l'action thérapeutique du B. A. L. sur les troubles locaux et généraux causés par les arsines vésicants. Mais ce produit est aussi efficace dans le traitement de certaines intoxications, intoxications arsenicale et mercurielle tout d'abord et d'une façon plus générale dans tous les cas où l'agression toxique agit par l'inhibition des systèmes enzymatiques cellulaires, notamment du système de la pyruvo-dishydrase, en bloquant les groupes sulphydrylés des tissus. Le mécanisme de la fonction toxique des composés arsenicaux peut être comparé à celui d'une avitaminose : la carence thiaminée; dans l'intoxication arsenicale, c'est la composante protéinique du système pyruvo-dishydrase qui est inhibée; dans la carence vitaminique, c'est la composante coenzyme du même système qui fait défaut.

Les données encore très incomplètes sur l'efficacité du B. A. L. dans le traitement des accidents arsenicaux ou par les métaux lourds ne permettent pas encore de se faire une opinion sur la question.

H. Rabeau.

J. Laham. — **Le B. A. L. et ses dérivés dans le traitement des intoxications arsenicales et mercurielles.** *La France médicale*, année **10**, n° 10, octobre 1947, pp. 4-6, courte bibliogr.

Revue générale sur l'étude expérimentale, la posologie, les indications, les accidents du B.A. L.

Deux dérivés de ce corps méritent intérêt : 1° un ester éthylique, moins toxique, mais beaucoup moins efficace; 2° le o-glucoside du B.A.L. de Danielli, moins toxique (l'injection intraveineuse de 0 gr. 10 par kilogramme est inoffensive pour l'homme), pénètre lentement dans les cellules et s'élimine rapidement par le rein. Ce « B.A.L. intraveineux » peut être combiné avec le B.A.L.

A. Touraine.

H. Eagle (Baltimore). — **Etudes récentes sur la chimiothérapie arsenicale** (Recent studies in arsenical chemotherapy). *Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, t. **14**, n° 2, juin 1946, pp. 49-54, bibliogr.

Le *mapharsen* et la pénicilline ont une action synergique dans le traitement de la syphilis expérimentale; leur association est donc recommandée (2 injections par jour de pénicilline et une de mapharsen).

Le *B.A.L.* a été essayé dans 227 cas d'accidents arsenicaux. Contre les accidents graves (encéphalite, érythrodermies), la dose optima est (en centimètres cubes de la solution à 10 o/o) 1,7 pour un poids de moins de 55 kilogrammes, 1,9 pour 55 à 70 kilogrammes, 2,3 pour 70 à 85 kilogrammes, 2,4 au-dessus de 85 kilogrammes, 6 fois par jour les deux premiers jours, 4 fois le troisième, 2 fois du 4e au 10e jour (s'il le faut). Contre les accidents bénins (dermatite papuleuse, fièvre, érythème du 9e jour), les doses respectives sont 1,4, 1,6, 1,9, 2,0, à raison de 4 injections les 2 premiers jours, 2 le troisième, 1 ou 2 du 4e au 10e jour.

Sur 55 encéphalites, 44 guérisons; sur 88 dermatites au total 80 o/o de guérisons; sur 3 anémies aplastiques, 3 échecs; sur 11 agranulocytoses, 10 améliorations rapides; sur 14 ictères, 5 améliorations cliniques; 44 cas de fièvre tous guéris.

A. Touraine.

H. Eagle. — **Le traitement de l'empoisonnement arsenical par le B. A. L.** *The Journal of Venereal Disease Information*, **27**, n° 5, mai 1946 *in Laval Medical*, **12**, n° 2, février 1947, pp. 210-212.

Antidote local aux gaz vésicants, le B.A.L. (British Anti-Lewisite) a vu son efficacité démontrée *in vitro* par Stocker, Thomsen, Peters (des suspensions de protozoaires immobilisées par l'arsenic ont été ranimées en ajoutant du B.A.L. dans la suspension; augmentation de l'élimination de l'arsenic par voie urinaire chez l'animal). Expérimentation chez des volontaires humains avec une solution stable dans l'huile d'arachide et le benzoate de benzyle. Dose chez l'homme : 2,5 à 3 milligrammes par kilogramme. A partir de 4 à 5 milligrammes par kilogramme, signes d'intoxication : céphalée, vomissements, larmoiement, hypersalivation, myalgies, brûlures et picotements des extrémités avec constriction rétro-sternale, durant de 30 à 90 minutes.

La dernière préparation employée par l'auteur est une solution de B.A.L. à 10 o/o, injectée six fois par jour le premier jour, quatre les deux jours suivants, et deux du troisième au dixième jour.

Résultats : 50 cas d'encéphalite hémorragique (guérison dans 44 cas et 6 décès). Il rapporte également 88 cas d'érythrodermie arsenicale (dont 51 typiques), améliorés en 3 jours (pour 80 o/o des cas).

Grande amélioration dans 10 cas d'agranulocytose sur 11, et formule à peu près normale 7 jours après.

Dans l'ictère arsenical, par contre, amélioration dans 5 cas sur 14 seulement.

Chez 4 malades ayant reçu, par erreur, 400 à 600 milligrammes de Mapharsen : guérison assez rapide, mais échec chez un malade ayant reçu 1.200 milligrammes de Mapharsen en une fois et mort malgré une amélioration due à une dose insuffisante de B.A.L.

Guérison de 44 cas de fièvre arsenicale (mais les résultats auraient été les mêmes sans B.A.L.).

En terminant, l'auteur insiste sur l'absence de toxicité. Le B.A.L. pourrait être administré à plus fortes doses et doit être employé le plus tôt possible après l'intoxication. L. Golé.

H. Eagle et H. Magnuson (Baltimore). — **Le traitement systématique de 227 cas d'empoisonnement (encéphalite, dermatite, dyscrasies sanguines, ictères, etc.) par le 2,3-dimercaptopropanol ou B. A. L** (The systemic treatment of 227 cases of arsenic poisoning (encephalitis, dermatitis, blood dyscrasias, jaundice, fever) with 2,3-dimercaptopropanol (B.A. L.). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 426-441, 6 tableaux, 2 diagrammes, bibliogr.

Le B. A. L. a été créé par Stocken et Thompson (*Nature*, **156**, 1945, p. 616) pour traiter les brûlures par gaz arsenicaux. Ses effets de neutralisation n'ont d'autre limite que l'instabilité de ses solutions dans l'eau ou le propylène glycol, alors que, dissous dans le benzoate de benzyle, il devient stable dans l'huile de pistache, peut être mis en ampoules, stérilisé et conserver deux ans son efficacité. La solution usuelle renferme 10 grammes de B. A. L. et 20 grammes de benzoate de benzyle dans 100 centimètres cubes d'huile de pistache (peanut). Le meilleur schéma de son emploi consiste en 4 injections à 4 heures d'intervalle. La dose limite, chez le lapin, est d'environ 100 milligrammes de B. A. L. par kilogramme; chez l'homme la dose maxima habituelle a été de 150 milligrammes (2,5 par kilogramme, répétée toutes les 6 heures le premier jour, au besoin toutes les 4 heures ensuite) et a pu être élevée à 5 milligrammes par kilogramme à chacune des 4 injections. Incidents : douleur fréquente au lieu de l'injection, abcès dans 2 cas sur 25 érythrodermies (0 dans les autres manifestations) puis, par ordre décroissant, nausées, vomissements, céphalée, sensations de brûlures sur les muqueuses, hypersécrétion de celles-ci, myalgies, sudation, douleurs dentaires, constriction thoracique, angoisse, agitation, le tout débutant dans les 30 minutes après l'injection et disparaissant entre 30 et 50 minutes après celle-ci; en plus, pour Sulzberger, hypertension passagère. A la dose de 4 milligrammes par kilogramme, ces incidents ont été notés dans 14 o/o des injections, aucun n'a été sérieux; à celle de 5 milligrammes, ils sont survenus dans les deux tiers des cas. La dose optima paraît donc être de 4 milligrammes, répétée 4 fois dans la journée; il faut injecter chaque fois 1 cm³ 5 de la solution à 10 o/o chez les sujets de poids léger, 1,8 chez ceux de poids moyen, 2 centimètres cubes chez ceux de poids élevé.

Les résultats obtenus dans 227 cas ont été les suivants :

Encéphalopathies : 15 légères, toutes améliorées en moins de 24 heures, guéries en 2 jours et demi en moyenne; 24 graves traitées précocement, 6 morts, 18 améliorées en 36 heures, guéries en 4 jours en moyenne; 9 graves traitées tardivement, 5 morts, 4 améliorées en 1 à 2 jours, guéries en 1 à 4 jours.

Érythrodermies : 25 légères, 3 non modifiées, 22 améliorées en 2 jours en moyenne et guéries en 5; 38 graves, 3 morts, 5 non modifiées, 30 améliorées en 3 jours en moyenne et guéries en 13.

Anémies aplastiques : 3 cas, 3 morts (traitement trop faible ou tardif).

Agranulocytoses : 11 cas, 1 mort dès le premier jour, 10 guérisons en 3 à 8 jours.

Ictères : 14 cas, 4 sans résultats, 2 améliorations lentes, 5 progressives, 3 rapides.

Doses exagérées ou massives de mapharsen, données par erreur (0,4 à 1 gr. 2 en une fois) avec accidents de choc : 4 cas, pas de mort, 2 ictères légers.

Fièvre arsenicale : 40 cas dont 15 avec érythème du neuvième jour; disparition rapide.

Le B. A. L. paraît accélérer l'élimination urinaire de l'arsenic.

A. Touraine.

Divers. — **Etude générale du B. A. L** (Symposium on Bal). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 93-96, bibliogr.

Il paraît très probable que la toxicité des arsenicaux est due à leur tendance à se combiner avec les groupes sulfhydryl de certaines protéines des tissus et de déterminer ainsi un bloquage physiologique du système vital de l'économie cellulaire. Une protection contre les effets toxiques de l'arsenic peut être apportée par des produits renfermant un composant dithiol capable de former une substance au moins aussi stable que la combinaison d'arsenic avec les groupes sulfhydryl des tissus. Un tel dithiol est le 2,3-dimercaptopropanol (B. A. L.).

I. Biochimie du B. A. L. — Les notions précédentes ont été acquises par les recherches de L. Stocken et R. Thompson (*Biochem. J.*, **40**, 1946, pp. 529, 535, 548). Ces auteurs ont vérifié, en outre, *in vitro* les effets des divers thiols dans la protection du système pyruvate-oxydase contre l'empoisonnement par la lewisite. Les thioarsenites cycliques formés avec les dithiols sont nettement plus stables que les composés non cycliques formés avec les monothiols et, parmi eux, le B. A. L. se montre un antidote efficace contre l'action de la lewisite sur les cellules animales. Expérimentalement, chez le rat, il détermine une augmentation marquée de l'excrétion de l'arsenic par les urines et une diminution de l'arsenic dans la peau exposée à la lewisite.

II. Toxicologie. Pharmacologie. — Durlacher et ses collab. (*J. Pharmacol. a. Exper. Therap.*, suppl., **87**, 1946, p. 28) ont montré que le B. A. L. était toxique et pouvait donner larmoiement, salivation, vomissements, tremblements, convulsions, coma, collapsus circulatoire périphérique et même mort. A dose toxique le B. A. L. provoque de l'acidose et augmente l'acide lactique et les amines nitrogènes du sang. Le sucre du sang, d'abord plus élevé, tombe en hypoglycémie avant la mort; le glycogène hépatique est diminué.

Chez le chat, d'après Modell et ses collab. (*ibid.*, **87**, 1946, p. 33) les premiers signes d'intoxication sont : blépharospasme, larmoiement, œdème de la conjonctive, salivation; puis surviennent ataxie, accélération des fonctions urinaires et respiratoires et, dans les cas mortels, œdème pulmonaire, convulsions, diminution de l'hémoglobine et leucocytose. Mais le B. A. L. s'élimine rapidement; mort ou guérison se font en quelques heures.

D'après M. Chenoweth (*ibid.*, t. **87**, 1946, p. 66) le B. A. L. détermine une augmentation nette de la perméabilité de la paroi des capillaires et une constriction des artères périphériques (mais non splanchniques).

W. Riker et G. Rosenfeld (*ibid.*, t. **87**, 1946, p. 72) donnent une dose mortelle de mapharsen au chat et, quelques minutes après, du B. A. L. en injection huileuse intramusculaire; la protection est parfaite (meilleure qu'en solution aqueuse). L'injection intraveineuse est peu toxique pour le chat. Ces auteurs vérifient que l'arsenic se fixe sur les hématies et que le B. A. L. provoque une mobilisation de l'arsenic des tissus.

H. Braun, L. Lusky et H. Calvery (*ibid.*, t. **87**, 1946, p. 119) signalent que le B. A. L. a les mêmes bons effets contre l'empoisonnement à l'antimoine, au bis-

muth, au chrome, au nickel, au mercure, mais non contre le plomb, le thallium, le sélénium.

III. Résultats cliniques. — H. Eagle, H. Magnuson et R. Fleischman (*J. Clin. Invest.*, t. **25**, 1946, p. 451) montrent les bons résultats du B. A. L. dans l'empoisonnement du lapin par le mapharsen. Des trypanosomes immobilisés et en apparence tués par l'arsenic reprennent vie après B. A. L.

M. Sulzberger, R. Baer et A. Kanof (*ibid.*, t. **25**, 1946, pp. 474 et 488) notent que l'application locale de B. A. L. en pommade à 10 o/o ne produit qu'un érythème passager et du prurit; à 5 o/o, ces réactions ne se voient que dans 19 o/o des cas.

L'injection de B. A. L. à 10 o/o et de benzoate de benzyle à 20 o/o dans l'huile de pistache à 44 volontaires n'a donné d'incidents qu'au-dessus de doses de 3,6 à 5 mgr. 5 par kilogramme (nausées, vomissements, céphalée, brûlures des lèvres, de la bouche, de la gorge, paresthésies, conjonctivite, coryza, salivation, agitation, douleur au lieu de l'injection, élévation des tensions systolique et diastolique). Des injections répétées déterminent une sensibilisation que l'on a pu mettre en évidence, par les tests cutanés, chez 5 sujets sur 18.

W. Modell, H. Gold et M. Cattell (*ibid.*, t. **25**, 1946, p. 480) fixent, eux aussi, la dose toxique pour l'homme à 3 à 5 milligrammes par kilogramme; à la dose de 8 milligrammes les incidents ne durent pas plus de 2 heures. Il n'y a pas d'action cumulative en répétant la dose de 5 milligrammes toutes les 3 heures pendant un jour.

A. Carleton et ses collab. (*ibid.*, t. **25**, 1946, p. 497) ont traité par le B. A. L. 30 dermatites arsenicales (21 par injections intramusculaires, 9 par onctions de pommade); les résultats ont été bons dans un grand nombre de cas. W. Longcope et ses collab. (*ibid.*, t. **25**, 1946, p. 528) ont, eux aussi, traité 22 dermatites arsenicales dont 7 ont guéri rapidement par applications percutanées; chez 15 autres, traités par injections, la durée de la dermatite a été abrégée. Dans 6 cas, il y a eu légère rechute après interruption du B. A. L. en moins d'une semaine mais guérison rapide après reprise du traitement. A. Touraine.

M. B. Sulzberger et R. L. Baer (New-York). — **L'évolution et l'emploi du B A . L** (Development and use of BAL). *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, n° 5, 1er février 1947, pp. 293-296.

En 1909, P. Ehrlich établit que l'action toxique de l'arsenic est due à l'attaque par ce produit des composés du sulfhydryl (SH) ou « arsénorécepteurs ». Ces composés sont essentiels pour les procédés biologiques d'oxydation et de réduction. D'autres chercheurs ont pensé que les composés métalliques et certains autres poisons se combinent avec les groupements soufrés des enzymes tissulaires ou avec les éléments des systèmes oxydo-réducteurs, tels que le glutathion et la cystéine, et rendent ainsi ces produits nécessaires à la vie et à l'assimilation.

Longtemps avant la deuxième guerre mondiale, on admettait généralement que la « détoxification » de l'arsenic et de certains autres produits métalliques ou même non métalliques pouvait être effectuée par l'administration de produits chimiques contenant des groupes soufrés. R. A. Peters, L. A. Stocken et R. H. S. Thompson ont montré que les composés dithioliques auraient une plus grande affinité pour certains arsenicaux et donneraient des composés plus stables et relativement moins toxiques que ne le feraient les protéines monothioliques et même dithioliques des tissus. Leurs recherches ont abouti à l'emploi du 2.3 dimercaptopropanol comme agent antitoxique contre les produits de guerre arsenicaux. Ce produit, non seulement, peut prévenir l'action toxique, mais la détruire si elle n'a pas agi depuis trop longtemps. Ce produit fut appelé « British anti lewisite » ou BAL.

Expérimentalement le BAL :

1° empêche l'attaque de la peau par les vésicants arsenicaux par badigeonnage préventif;

2° arrête et même guérit les lésions provoquées par ces vésicants arsenicaux lorsqu'on le fait agir de 2 minutes à 2 heures après le contact avec le produit nocif;

3° contrebalance l'empoisonnement par divers produits arsenicaux;

4° redonne le mouvement normal aux trypanosomes et aux spermatozoïdes sur lesquels on a fait agir *in vitro* des produits arsenicaux.

Sur les dermatoses arsenicales, en particulier celles provoquées par les agents antisyphilitiques, le BAL, injecté par voie intramusculaire en solution à 5 o/o dans l'huile d'arachide avec 10 o/o de benzoate de benzyle ou en solution à 10 o/o avec 20 o/o de benzoate de benzyle, arrête la progression de la réaction inflammatoire et accentue la guérison. 80 o/o des cas ont été améliorés par un traitement de 3 jours. Il faut faire agir le produit le plus tôt possible après le début de la maladie.

Sur les autres complications de la thérapeutique arsenicale, le BAL a une action certaine. Encéphalite toxique : sur 55 cas, 44 guérisons et 11 morts pour lesquels la dose de BAL a sans doute été trop faible.

Agranulocytose : sur 11 cas, 10 guérisons, 1 mort.

Anémie aplastique : sur 3 cas, pas d'effet.

Ictère : sur 14 cas, 5 guérisons rapides, 7 cas sans effet, 2 cas discutables.

Administration massive d'oxyphénarsine : de 4 cas, 3 améliorations rapides, 1 mort (dose de BAL trop faible).

« Fièvre arsenicale » : 44 cas, guérison rapide de tous les 44.

Le BAL doit être administré : 3 milligrammes par kilogramme de poids à chaque injection dans les cas graves; 6 injections par jour pendant les 2 premiers jours, 4 injections le 3e jour et 2 les jours suivants jusqu'au 10e ou à la guérison complète. 2 mgr. 5 par kilogramme de poids dans les cas bénins. 4 injections par jour les 2 premiers jours, 2 injections le 3e jour et 2 ou 1 injection les jours suivants jusqu'au 10e jour.

Les injections doivent être faites à 4 heures d'intervalle. Le BAL peut donner des réactions qui augmentent avec la dose administrée. Ce sont des réactions passagères se traduisant par : nausées, vomissements, céphalées, brûlure des lèvres, de la bouche, de la gorge, des yeux, mal aux dents, bourdonnements, brûlure et fourmillement des extrémités, salivation et larmoiement, douleurs musculaires, sensation de striction de la gorge et de la poitrine, élévation de la tension artérielle. Ces réactions surviennent et sont, au maximum, de 15 à 20 minutes après l'injection intramusculaire du BAL.

Localement, lorsqu'on le badigeonne sur la peau, le BAL provoque de l'urticaire. Les barbituriques servent d'antidote aux réactions fortes du BAL.

M. BALTER.

FERRARI (Alessandro) (Turin). — **Le B. A. L., nouveau remède pour le traitement des intoxications par l'arsenic et autres métaux lourds** (Il BAL, nuovo rimedio per la cura delle intossicazioni da arsenico e da altri metalli pesanti). *Il Dermosifilografo*, nos 3-4, mars-avril 1947, pp. 85 à 87.

F. expose les travaux, les caractéristiques, les principales indications et les modalités d'administration de la « British Anti-Lewisite » (BAL). Le médicament a été employé avec succès dans les empoisonnements par la lewisite, l'arsenic, le mercure, le zinc, le cadmium et dans les dermatites et encéphalites arsenicales. Il a été utilisé tout d'abord en onctions, puis en injections intramusculaires et enfin il a été préparé également en injections intraveineuses sous la forme d'une solution de glucoside de dithioglycérol (pas de recherches personnelles, travail de documentation).

BELGODÈRE.

DIVERS. — **La « British anti-lewisite » (B. A. L.) : son emploi et sa valeur thérapeutique dans les intoxications arsenicales** (British anti-lewisite ; its use and therapeutic value in arsenical intoxications). *The Lancet*, t. **153**, n° 6475, 4 octobre 1947, pp. 497-498, bibliogr.

Dans ce rapport, signé des 14 membres de la « Conférence du B.A.L. », au Conseil de recherche médicale, 44 cas de dermatite arsenicale ont été traités selon le même schéma : 1er jour, 4 injections de 2 cm^3 de solution à 5 o/o, à 4 heures d'intervalle : les 3 jours suivants, 2 injections quotidiennes de 2 cm^3; les deux derniers jours, 1 injection de 2 cm^3. 31 améliorations dont 23 importantes. Délai moyen entre la première injection et la guérison complète : 21 jours. Le premier signe de l'action du traitement est la régression de l'œdème cutané. Quelques rechutes peu après la fin du traitement. La dose toxique commence entre 3 et 5 milligrammes par kilogramme de poids; la dose thérapeutique est généralement de 1 mg. 5 par kilogramme. A. TOURAINE.

EDITORIAL. — **British anti-lewisite. Rapport sur son usage et sa valeur thérapeutique dans les intoxications arsenicales** (B.A.L., conférence du *Medical Research Council*). *Briitsh Medical Journal*, 4 octobre 1947, pp. 520-521.

Le 2,3 dimercaptopropanol ou B.A.L. est un antidote des intoxications arsenicales découvert au début de la guerre et employé alors pour la protection contre les gaz vésicants. C'est un liquide huileux, incolore, soluble dans les corps gras et à 6 o/o dans l'eau. Dès 1941-1942, le B.A.L. fut reconnu comme étant le traitement idéal contre les vésicants. Puis en U.S.A. et en Grande-Bretagne, on étudia son emploi dans les dermatites arsenicales. Sur une série de 44 cas d'érythrodermies aiguës et généralisées, dont 41 exfoliatives, on utilisa une solution à 5 o/o dans l'huile d'arachide + benzoate de benzyle. Le produit fut injecté en intramusculaires profondes à la dose de deux centimètres cubes à quatre heures d'intervalle le premier jour, puis deux fois les deuxième, troisième et quatrième jours, enfin une fois les cinquième et sixième jours. Quand ce fut possible, aucun traitement local ne fut effectué. 31 des cas (70 o/o) furent améliorés, 23 de ceux-ci de façon spectaculaire. La durée moyenne de guérison après la première injection a été de 21 jours. Le premier signe d'amélioration fut une régression nette de l'œdème. Plusieurs fois l'arrêt du B.A.L. provoqua une rechute guérie par la reprise d'une petite série d'injections. En 1946 (Longcope, Wintrobe et Jäger), 15 cas d'érythrodermie exfoliative observés, survenus chez des ouvriers travaillant la diphénylamine chlorarsine et 7 cas de dermatite retirèrent un bénéfice du traitement dans 50 o/o des cas. Bien que des observations favorables d'encéphalopathie et d'agranulocytose guéries par B.A.L. aient été publiées, le conseil n'ayant pas étudié un nombre suffisant de cas, ne peut se prononcer à ce sujet. Le B.A.L. fut encore étudié, dans les intoxications mercurielles aiguës par différents auteurs, ainsi que les intoxications auriques avec des résultats très satisfaisants. Les travaux pour le plomb, le bismuth et d'autres métaux n'a pas encore dépassé le stade de l'expérimentation sur l'animal.

Toxicité du B.A.L. : la dose minimum toxique pour l'homme est entre 3 à 5 milligrammes par kilogramme de poids en intramusculaire. Des doses uniques de 8 milligrammes par kilogramme ont été injectées chez l'homme sain avec manifestations toxiques disparaissant rapidement en quelques heures. A part des phénomènes subjectifs, on peut observer du larmoiement, de la salivation, des vomissements et une élévation de la tension artérielle avec ces fortes doses. La dose thérapeutique employée en Angleterre est de l'ordre de 1 mgr. 5. En Amérique, une solution à 10 o/o a été utilisée aux doses de 3 mgr./kgr. dans les cas graves et 7 mgr./kgr. dans les intoxications mercurielles aiguës. La toxicité du B.A.L.

n'a pas été plus forte chez l'animal porteur de lésions rénales, par contre, elle a augmenté chez les porteurs de lésions hépatiques. Le B.A.L. n'est donc pas indiqué dans les hépatites arsenicales. Des abcès locaux ont été observés, ceci est peut-être dû à l'état septique de la peau des érythrodermiques; on pourrait peut-être l'éviter en administrant le médicament précocement, avant l'exfoliation; de plus l'injection doit être profonde pour éviter la diffusion dans le tissu cellulaire sous-cutané et empêcher la formation des abcès; de toutes façons, cet incident, guérissant rapidement par les moyens habituels, n'est pas une contre-indication au B.A.L.

M. Mansour.

British anti-lewisite. — *British Medical Journal*, 4 octobre 1947, pp. 536-537.

Bien que plusieurs travaux aient été faits sur la guerre chimique tant en Angleterre qu'aux États-Unis, cette arme ne fut pas utilisée. Ces travaux n'ont pas été inutiles, car trois nouveaux médicaments furent découverts dans le champ de ces expériences. Le gaz moutarde nitrogène améliore les leucémies et la maladie de Hodgkin. Les myasthénies graves traitées par le di-isopropylfluorophosphonate sont à l'étude, mais le plus important est le traitement des intoxications arsenicales par le B.A.L. Il semble aussi que les intoxications auriques et mercurielles soient améliorées par le même traitement. Le rapport du Medical Research Council (cité ci-dessus), confirme ce qui était connu par les travaux antérieurs, sur les intoxications arsenicales (seul l'ictère réagit moins bien). En dehors de l'arsenic, c'est l'intoxication mercurielle qui reste la plus importante indication du B.A.L., d'ailleurs son nom dimercaptopropanol indique son affinité à capturer le mercure. Après des travaux sur les chiens, les premières applications humaines furent effectuées sur 23 cas d'empoisonnement par le sublimé corrosif. Neuf d'entre eux avaient absorbé de 1 gr. 50 à 20 grammes dont cinq plus de 1 gr. 50; le traitement fut institué de une heure et quart à trois heures et demie après l'absorption et furent guéris en deux jours et demi à sept jours. Un malade fut traité 19 heures après avoir pris 1 gr. 50 et fut tout à fait bien en trois semaines. Par injections intramusculaires, la dose des 12 premières heures fut de 0 gr. 45 à 0 gr. 75, et le total en trois à quatre jours de 0 gr. 9 à 2 gr. 87.

Peu de personnes avalent du sublimé corrosif, mais la mort peut survenir après injection de diurétiques mercuriels, due à l'action toxique sur le cœur. Long et Farah, sur le chien, ont montré que cette intoxication était neutralisée par le B.A.L. Le cœur, sous l'effet du mercure, est en fibrillation ventriculaire; l'injection de B.A.L. arrête la fibrillation, restaure un rythme et une pression normaux.

Ragon et Boots, dans cinq cas d'érythrodermie aurique, dont quatre traînaient depuis deux mois, obtiennent la disparition du prurit et de l'éruption. Ces malades qui avaient été traités pour du rhumatisme ont vu celui-ci s'accentuer avec la disparition de leur intoxication médicamenteuse. Le B.A.L. fut aussi essayé avec succès dans les agranulocytoses et purpuras thrombopéniques dus à l'or; la guérison fut, dit-on, spectaculaire. L'antagonisme du B.A.L. fut constaté dans d'autres intoxications métalliques : nickel, cadmium, chrome et antimoine chez l'animal. Il est raisonnable de penser qu'il en sera ainsi chez l'homme.

M. Mansour.

J. Lawrence Reeve. — **Erythrodermies arsenicales traitées avec succès par le B. A. L.** (Arsenical dermatitis successfully treated with BAL). *British Medical Journal*, 26 juillet 1947, p. 132.

Deux cas d'érythrodermie arsenicale assez sévères traités par le B.A.L. et guérison en un mois. L'auteur croit que l'Anti-Lewisite Britannique est le meilleur traitement actuel de l'érythrodermie arsenicale, il croit même que le traitement pourrait être institué de façon ambulatoire. M. Mansour.

H. Holley (Birmingham, U. S. A.). — **Emploi du B. A. L. dans le traitement de l'agranulocytose après arsénothérapie intensive de la syphilis** (The use of B.A.L. (2,3-dimercaptopropanol) in the treatment of agranulocytosis following intensive arsenotherapie for syphilis). *Annals of Internal Medicine*, t. **27**, n° 2, août 1947, pp. 231-238, bibliogr.

12 observations, sans sensibilité antérieure aux médicaments, dont 3 d'agranulocytose grave et 8 de plus légère. Doses de B.A.L. : 1 cm^3 5 de solution à 10 o/o toutes les 6 heures pendant 2 jours, puis 2 cm^3 par jour en 6 injections. En plus, transfusions, dextrose intraveineuse, vitamine, etc. Le B.A.L. paraît avoir contribué à accélérer la guérison obtenue dans les 12 cas. La dose à ne pas dépasser est de 3 milligrammes par kilogramme sous peine de nausées, vomissements, céphalée, courbature, sensation de brûlures dans la bouche, le nez, les yeux, sudation, douleurs dans les membres, tous incidents qui durent rarement plus de 30 minutes.

A. Touraine.

Cl. Huriez. — **Guérison d'une apoplexie séreuse subaiguë par le B. A. L.** *Société de Médecine du Nord*, 28 février 1947, *in La Semaine des Hôpitaux de Paris*, année **23**, n° 19, 21 mai 1947, p. 1261.

Femme de 22 ans, syphilis secondaire. Aussitôt après une injection de 0 gr. 75 de novar (0 gr. 30 et 0 gr. 60 bien tolérés), fièvre à 39°5, vomissements, forte céphalée, raideur rachidienne. Liquide céphalo-rachidien normal, sans hypertension. Trois injections de 0 gr. 20 de B. A. L. Guérison complète en 24 heures.

A. Touraine.

Autres médications.

J. Goodell, P. Hanson et W. Hawkins — **La méthionine moyen de protection contre les lésions du foie par mapharsen chez les chiens en carence protéinique** (Methionine protects against mapharsen liver injury in protein-depleted dogs). *Journ. of Experim. Medicin*, t. **79**, juin 1944, pp. 625-632.

Les chiens normaux tolèrent une dose de 6 à 8 milligrammes par kilogramme de mapharsen ; les chiens en carence protéinique présentent de l'ictère et des troubles hépatiques à la dose de 2 à 25 milligrammes ; les chiens qui absorbent 2 à 4 grammes de méthionine par la bouche 20 à 24 heures avant l'injection de mapharsen tolèrent 4 mgr. 5 par kilogramme, sans faire d'ictère. L'injection intraveineuse de 1 gramme, immédiatement avant celle de mapharsen, ne donne pas de protection.

A. Touraine.

G. V. Martin. — **La désintoxication des arsenicaux pentavalents** (The detoxication of pentavalent arsenicals). *American Journ. of Pharmacol.*, t. **118**, novembre 1946, pp. 394-402.

L'acide *p*-aminobenzoïque désintoxique des arsenicaux pentavalents en raison de sa propriété d'inhiber la formation ou l'action de la thyroxine qui résulte d'une diminution générale des métabolismes tissulaires avec, comme conséquence, inhibition de la formation d'arsénoxyde. Ce mécanisme peut d'ailleurs être réalisé par d'autres médicaments.

A. Touraine.

H. Lorofi. — **Essai de traitement par la novocaïne intraveineuse des troubles visuels causés par les arsenicaux trypanocides.** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 38, 28 juin 1947, p. 4[illegible].

Chez des sujets traités par la tryparsamide et présentant des accidents oculaires d'intensité variée, L. a obtenu des résultats très encourageants dans 9 cas sur 11 malades traités par la novocaïne intraveineuse à 1 o/o dans du sérum physiologique, à la dose de 6 à 10 centimètres cubes, en injections journalières.

H. Rabeau.

J. C. Billiotot. — **Sur un cas d'érythrodermie post-arsenicale traité par la pénicilline.** *Revue de Médecine navale*, t. **2**, n° 3, 1947, pp. 265-267.

Chez une femme de 28 ans, après sulfarsénol intraveineux, érythrodermie très améliorée après 100.000 unités quotidiennes pendant 3 jours et 200.000 unités pendant 6 jours.

Argument en faveur de l'origine infectieuse de ces érythrodermies.

A. Touraine.

F. P. Merklen, P. de Graciansky et M. Mansour. — **La pénicilline dans l'intolérance aux arsénobenzènes.** *Paris Médical*, année **37**, n° 5, 1er février 1947, pp. 51-54.

La pénicilline peut prévenir, et même guérir, certains accidents de l'arsénothérapie. Des malades atteints de syphilis récente avec lésions contagieuses, qui se montraient intolérants au traitement arsénobenzolique classique, ont pu achever leur cure aux doses normales, sans incident, grâce à l'administration de 200.000 U. O. de pénicilline en 5 injections intramusculaires de 40.000 U. O., renouvelées toutes les deux heures la veille des injections de novarsénobenzol; les signes d'intolérance se sont reproduits dans quelques cas, mais toujours atténués, et ils ont fini par disparaître.

Un sujet atteint de syphilis ancienne avec lésions gommeuses tenaces et récidivantes, constamment et insuffisamment traité en raison d'intolérances multiples aux divers médicaments antisyphilitiques, a présenté à la suite d'une injection d'arsénobenzène une fièvre élevée avec céphalée violente, nausées, vomissements, œdème de la face, prurit et début d'érythrodermie; ces accidents auraient immanquablement amené l'interruption de la médication arsénobenzolique, mais l'emploi de la pénicilline a permis de les faire disparaître et de continuer sans encombre l'arsénothérapie.

Sur 6 cas d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale traités par la pénicilline, 5 ont guéri rapidement, un seul échec a été constaté. Quel que soit le mode d'action de la pénicilline dans ces cas (action anti-infectieuse, inhibition de phénomènes biotropiques directs ou indirects, propriétés pharmacodynamiques particulières, etc.), il semble qu'elle constitue un moyen précieux d'éviter et de traiter les accidents d'intolérance aux arsénobenzènes, dont certains ont tiré à tort un argument pour déconseiller systématiquement l'emploi de cette excellente médication.

Lucien Périn.

F. P. Merklen et P. de Graciansky. — **La pénicilline dans l'intolérance aux arsénobenzènes**, *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 686-690, Ministère de la Santé publique, Masson édit., Paris, 1947.

Dans 6 cas d'intolérance aux arsénobenzènes (1 fièvre, 1 albuminurie, 2 érythèmes, 2 érythrodermies), la pénicilline à la dose de 200.000 U. a entraîné soit une amélioration rapide des accidents soit une bonne tolérance vis-à-vis de l'arsenic qui a permis la continuation du traitement sans incidents.

A. Touraine.

20y. — Syphilis (Bismuthothérapie).

C. Levaditi. — **La bismuthothérapie de la syphilis.** *Produits pharmaceutiques*, t. **1**, n° 2, février 1946, pp. 58-60, 3 fig.

Étude d'ensemble des diverses préparations bismuthiques usitées (métalliques, organiques, inorganiques, etc.), de leur mode d'administration, du mécanisme de leur résorption, de leur répartition dans l'organisme, de leur mode d'action, de leurs incidents. L'auteur rappelle ses travaux sur la bismutho-prévention de la syphilis chez l'animal d'expérience, dont l'application à l'homme a été faite par Sonnenberg.

A. Touraine.

H. Eagle (Baltimore). — **Toxicité relative et activité thérapeutique du salicylate de bismuth, du bismosol et du biliposol dans la syphilis expérimentale** (The relative toxicity and therapeutic activity in experimental syphilis of bismuth subsalicylate, bismosol and biliposol). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 6, novembre 1946, p. 549-554, bibliogr. personnelle.

Bismosol : bismutho-tartrate de soude et de potasse en solution aqueuse, pris comme type de formule hydro-soluble.

Biliposol : α-carboxyéthyl-β-méthyl-bismuthononoate, pris comme type de formule dite liposoluble.

La dose limite tolérée par le lapin a été de 80 milligrammes par kilogramme (en bismuth-métal) pour le salicylate, de 65 pour le biliposol, de 15 pour le bismosol.

La dose qui a guéri 50 o/o des lapins syphilisés, en une seule injection, a été de 5 mgr. 6 par kilogramme pour le salicylate, de 3,3 pour le biliposol, de 4,3 pour le bismosol (en bismuth-métal) ; pour guérir 90 o/o de ces lapins il a fallu, respectivement, 8,5, 5 et 6 mgr. 8 par kilogramme. Les doses correspondantes de mapharsen ont été de 3 milligrammes par kilogramme pour 50 o/o et 6,3 pour 90 o/o.

Les 3 composés bismuthiques ont donc eu une activité de moitié aux deux tiers de celle du bismuth. Leur faible toxicité offre une zone de sécurité 6 à 8 fois plus grande que celle du mapharsen. A. Touraine.

R. Lehman et D. Fassett (New-York). — **Etudes expérimentales et cliniques sur le bistrimate (triglycollamate de bismuth et de soude) buccal dans le traitement bismuthique systémathique** (Experimental and clinical studies on oral bistrimate (sodium bismuth triglycollamate) for systemic bismuth therapy). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 6, novembre 1947, pp. 640-656, 2 fig., 6 tableaux, 6 diagrammes, bibliogr.

Après une étude expérimentale de la toxicité de ce produit chez le lapin, le chien et la souris, les auteurs rapportent leurs essais de traitement chez 5 syphilitiques (0 gr. 10 à 0 gr. 15 3 fois par jour) avec de bons résultats.

A. Touraine.

F. Coste et J. Nehlil. — **Résultats immédiats et éloignés du traitement de la syphilis récente par le bismuth seul.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 34, 14 septembre 1946, pp. 1610-1611.

Sur 2.550 dossiers de syphilitiques récents soignés par le bismuth de 1922 à 1930, 208 ont été retenus car traités pendant au moins 4 ans.

Résultats immédiats. — Sur 195 cas, 106 sont devenus sérologiquement négatifs après une série et 43 après 2 séries. 24 cas présérologiques sont restés négatifs. Dans 8 cas, il a fallu 1 an de traitement pour la négativation, dans 5 cas 2 ans, dans 2 cas après 5 ans, dans 3 cas après 9 ans, 4 sont restés résistants. Pour tous ces retardataires, le traitement a été irrégulier.

Résultats éloignés. — 8 réinfections certaines, 9 récidives sérologiques temporaires, cédant à une reprise du bismuth. Dans 2 cas, apparition de signes de tabès, dans 5 d'hypertension artérielle.

« Le bismuth n'est en rien inférieur, par les résultats éloignés qu'il procure, aux médicaments arsenicaux. » A. Touraine.

20z. — Syphilis (Accidents de la bismuthothérapie).

K. Winkler (Berlin). — **Sur les accidents du bismuth** (Ueber Wismutschäden). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechts-Krankheiten*, t. **3**, n° 6, 15 septembre 1947, pp. 248-257, 1 fig., courte bibliogr. allemande.

Une observation de noma d'une joue, chez une femme de 25 ans, ayant débuté par

une stomatite ulcéreuse trois semaines après la fin d'une série d'injections de bismuth (quatre séries dans l'année ; doses non indiquées). Discussion des diverses conceptions pathogéniques ; rôle de la sous-alimentation et des lésions dentaires antérieures.

A. Touraine.

L. Russin, H. Stadler et P. Jeans. — **Les lignes du bismuth dans les os longs et leur relation avec la croissance linéaire** (The bismuth lines of long bones in relation to linear growth). *Journal of Pediatry*, t. **21**, août 1942, pp. 211-213.

Chez le sujet encore en activité de croissance, chaque série d'injections de bismuth se traduit par une striation perpendiculaire à l'axe des os longs qui correspond à une densification du tissu osseux visible à la radiographie. A mesure que l'os s'allonge, les stries qui sont rejetées vers l'épiphyse s'atténuent progressivement et disparaissent.

Il n'en résulte aucun trouble définitif dans l'ossification. Des sujets soumis à un traitement bismuthique continu (jusqu'à 10 ans) n'ont montré aucune anomalie dans leur croissance.

A. Touraine.

Ad. Dupont et Léon Demilie. — **Apparition d'un lichen plan et de parakératoses psoriasiformes au cours d'un traitement bismuthique chez des syphilitiques.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 122-123.

Les auteurs rapportent chez une malade dont la syphilis a été pendant longtemps ignorée, l'apparition simultanée, après une troisième piqûre de biquinyl, de deux dermatoses très différentes : un placard de lichen plan typique à la base du cou et deux médaillons ressemblant à la lésion primaire du pityriasis rosé de Gibert à la fesse. Chez un autre malade, ancien syphilitique, apparition, après une longue période de repos, également au décours d'une troisième piqûre de biquinyl, d'une poussée de lichen plan.

Louis Vissian.

20aa. — *Syphilis* (Mercurothérapie).

J. Almkvist (Stockholm). — **Sur le traitement mercuriel en Europe au Moyen-âge** (Ueber die Quecksilberbehandlung in Europa während des Mittelalters). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **60**, n° 1, 9 janvier 1948, pp. 15-19, courte bibliogr.

L'inventeur du traitement par les pommades mercurielles serait, d'après Fallope, Jacobus Berengarius Carpensis, à l'occasion de l'épidémie de syphilis. L'auteur cite une longue série de médecins qui, depuis les Grecs et les Arabes, ont largement utilisé le mercure à partir du XIIe et surtout du XIIIe siècle.

A. Touraine.

20ab. — *Syphilis* (Accidents de la mercurothérapie).

F. Pagès. — **Néphrite au cours d'une cure prolongée de cyanure de mercure pour syphilis de l'aorte.** *Revue médicale française*, année **28**, n° 8, août 1947, pp. 118-119, bibliogr.

Après un rappel de cette méthode thérapeutique, observation d'un homme de 56 ans atteint d'aortite, avec hypertrophie du cœur gauche, sérologie positive, mais sans albuminurie initiale. Après une série de 100 injections quotidiennes de cyanure, bien supportées, repos d'un mois. A la cinquantième injection de la deuxième série, néphrite albuminurique (6 gr. par litre) et chlorurémique, avec fort œdème et azotémie à 0 gr. 35 sans hématies ni cylindres dans les urines. Guérison en près de cinq mois, mais la sérologie reste positive et les douleurs rétro-sternales ont reparu.

A. Touraine.

20ac. — **Syphilis** (Pyrétothérapie).

I. Bertrand et D. Quivy. — **Le problème des pyrogènes : son état actuel.** *Revue d'Hématologie*, t. **3**, n° 2, 1947 et *Sélection*, t. **1**, n° 9, novembre 1947, pp. 537-543, bibliogr.

Les réactions fébriles plus ou moins graves et complexes que l'on observe après injections intraveineuses de nombreux produits et notamment des arsenicaux sont dues, en réalité, à la présence dans les solutions injectables d'un agent pyrogène d'origine bactérienne (Wechselmann, Hort et Penfold, 1911 ; Seibert, 1923). Ces agents sont des exo- ou des endotoxines libérées par des bactéries pathogènes ou non, dont l'élimination est de technique assez délicate (décapants, détersifs et antiseptiques des récipients.

Étude des diverses études expérimentales récentes sur ce sujet.

A. Touraine.

L. Kaplan, H. Read et F. Becker. — **Souches homologues et hétérologues de « Plasmodium vivax » ; étude de l'immunité par inoculations croisées de souches de paludisme** (Homologous and heterologous strains of *Plasmodium vivax* : A cross-inoculation study of malaria strain immunity). *Journ. of Labor. and Clin. Med.*, t. **31**, 1946, p. 400.

Dans la malariathérapie de la neuro-syphilis une réinoculation est souvent nécessaire, mais deux inconvénients s'opposent à la réinoculation par l'agent de la fièvre quarte : la période d'incubation est prolongée ce qui allonge la durée d'hospitalisation, les rechutes de fièvre quarte ne sont pas rares après le traitement antipaludéen.

Les recherches des auteurs montrent que la réinoculation par la même souche est peu active, la période d'infection ne dure que 10,5 o/o de celle de la première infection. Par inoculation d'une souche provenant d'une autre région géographique, la fièvre est plus intense et la durée de la réinfection atteint 74,3 o/o de celle de l'infection initiale.

A. Touraine.

H. Haxthausen. — **Traitement antispécifique de la syphilis, combiné à la pyrothérapie. Contrôle pour la recherche du spirochète dans les éléments éruptifs** (Treatment of syphilis with specific remedies, combined with simultaneous fever therapy, appraised by the effect on spirochete pallida in fresh eruption). *Act. Dermat. Venereol.*, vol. **25**, fasc. 1, juin 1945, pp. 1-8.

Essais du traitement *simultané* par les deux méthodes qui s'avèrent efficaces séparément (encore que la pyrétothérapie n'ait pratiquement d'effet incontestable que dans la neurosyphilis).

Il ressort des essais de Haxthausen que 24 heures après une dose modérée de novarsénobenzol ou de bismuth, qui fait disparaître assez lentement les spirochètes lorsqu'on l'emploie seule, un chancre ou une papule secondaire ne contient plus de spirochètes si on a pratiqué, le même jour que l'injection antispécifique, une injection d'un vaccin qui fait monter la température à 40°.

A noter que Haxthausen n'a pu constater aucun effet de la pyrétothérapie seule sur le spirochète.

On peut penser que dans les syphilis rebelles, cette combinaison des deux traitements pourra rendre de précieux services.

A. Civatte.

Ch. Carpenter, R. Boak et L. Dorn (Rochester). — **Traitement combiné de la syphilis expérimentale par pyrétothérapie et mapharsen** (Concurrent treatment of experimental syphilis with fever and mapharsen). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 498-505, 4 tableaux, 1 diagramme, bibliogr.

10 schémas de traitement combiné sont comparés d'après l'étude de 727 lapins

syphilitiques : une fièvre à 41°1 et 41°5 pendant 3 ou 4 heures combinée à une dose subcurative de mapharsen (1 à 2 mg. par kg.) donne 86 à 98 o/o de guérisons; combinée à une dose de 3 milligrammes de mapharsen, elle donne 95 à 100 o/o de guérisons.

Les résultats sont les mêmes si la fièvre dure 3 à 5 heures, si la température atteint 41°1 ou 41°5, si le mapharsen est injecté avant ou à la fin de la fièvre.

A. Touraine.

R. Boak, C. Carpenter, N. Jones, R. Kampmeier, W. McCann, S. Warren et J. Williams jr. — **Inefficacité de la seule pyrétothérapie prolongée dans le traitement de la syphilis active récente** (The inadequacy of a single prolonged fever for the treatment of early acute syphilis). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **26**, mai 1942, pp. 291-298.

8 syphilitiques (4 ♂, 4 ♀) en période primaire ou secondaire sont uniquement traités par une fièvre artificielle à 41°-41°5 pendant 9 à 15 heures.

Les résultats cliniques sont d'abord remarquables. En 2 ou 3 jours on obtient ce qui aurait demandé au moins 2 semaines par l'arsénothérapie habituelle et dès la cinquième heure on ne trouve plus de tréponèmes dans les lésions de 4 malades. Le Wassermann-quantitatif n'est cependant pas modifié.

Mais chez 4 des 5 malades qui n'ont reçu, par la suite, aucun autre traitement des accidents cutanéo-muqueux reparaissent en moins de 4 mois et le cinquième conserve une sérologie positive.

A. Touraine.

W. Simpson, D. Rose et W. Kendell. — **Etudes sérologiques quantitatives dans la syphilis récente** (Quantitative serologic studies in early syphilis). *Venereal Disease Information*, t. **23**, n° 11, novembre 1942, pp. 403-415, bibliogr.

Dans 3 mémoires successifs, les auteurs étudient l'action de diverses méthodes thérapeutiques sur la réaction quantitative de Kahn.

La fièvre artificielle, employée seule, n'a qu'une très faible valeur pour arrêter les progrès de la syphilis récente. Il faut rapidement l'associer à la chimiothérapie. De nombreux diagrammes en montrent alors les bons résultats sur le Kahn quantitatif.

A. Touraine.

U. Wile et L. Mundt. — **Analyse des morts après impaludation, d'après l'étude de 29 cas** (An analysis of deaths following therapeutic malaria. A study of 29 cases). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea, and Venereal Diseases*, t. **26**, mars 1942, pp. 181-190.

En 17 ans, sur 1.026 impaludations pour syphilis on a compté 29 morts (2,8 o/o) pendant ou peu après les poussées fébriles. La plupart des impaludés avaient 30 à 39 ans et des morts 40 à 49 ans. Il s'agissait de paralysie générale dans 35 o/o des impaludations; 66 o/o des morts étaient au cours de cette affection; c'est donc elle qui offre les plus grands risques.

La cause de mort la plus fréquente (12 cas, c'est-à-dire 41 o/o) a été la défaillance subite de la circulation périphérique ou collapsus vasculaire, sans signes de défaillance cardiaque. Les accidents sont imprévisibles, tantôt au début, tantôt à la fin de la période fébrile. L'autopsie, pratiquée dans 6 cas, n'a pas pu déterminer la cause de la mort, sauf dans un cas d'anévrysme de l'aorte.

Les autres causes de mort ont été : 5 pneumonies, 5 hyperthermies, 2 suicides, 1 thrombose cérébrale, 1 ulcère du duodénum, 1 rupture de la rate et diverses infections secondaires.

A. Touraine.

E. Mariotti et M. Sciuti (Naples). — **La méthode de Ducosté d'impaludation intra-cérébrale dans la paralysie générale** (Il metodo Ducosté di malarizzazione cerebrale nella paralisi progressiva). *L'Ospedale psichiatrico*, année **11**, fasc. 2, mars 1943, monogr. de 53 pages, bibliogr.

En 1932, Ducosté (*Acad. Méd. Paris*, avril 1932) a proposé, pour traiter la

démence paralytique, une injection intraventriculaire de 10-12 centimètres cubes de sang paludéen, additionné à parties égales de sérum antitétanique. En 1936 (*Arch. of Neurol. a. Psich*, octobre 1938) Ducosté avait traité 435 malades dont les deux tiers ont été guéris ou très améliorés. Cette méthode ne s'est pas répandue en France; elle a été bien accueillie en Italie (Mariotti, Rizzatti, 1937; Borgarello, 1942).

Les auteurs exposent les résultats qu'ils ont obtenus, par le même traitement, chez 27 paralytiques généraux (technique et observations rapportées en détail, avec courbes de températures) : 4 réintégrations psychiques complètes et persistantes avec liquide céphalo-rachidien redevenu normal, 7 améliorations temporaires, 2 transférés dans un autre hôpital peu après le traitement, 14 résultats négatifs. Dans plusieurs des cas guéris ou améliorés, une impaludation antérieure par voie sous-cutanée ou intraveineuse n'avait eu aucun effet favorable.

A. Touraine.

S. W. Lippincott et A. Marble (U. S. A.). — **Les tests de fonction hépatique dans la neuro-syphilis traitée par l'impaludation** (Liver function tests in neuro-syphilitic patients with induced vivax malaria). *The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, septembre 1946, d'après *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 2, février 1947, pp. 108-109.

1° *Bromosulfaléine.* Avant l'impaludation, 3 sujets sur 138 ont une rétention de 10 o/o ou plus; pendant l'impaludation, 83 o/o ont une rétention dont 66 de 12 à 40 o/o; après l'impaludation, 88 o/o sont redevenus normaux.

2° *Floculation à la céphaline* (méthode de Wilson et Difso) : avant l'impaludation, pas de floculation 3 ou 4; pendant les 20 premiers jours de l'impaludation, pourcentage de 100.

3° *Tolérance au galactose :* reste normale.

4° *Test à l'acide hippurique intraveineux :* normal avant, une fois sur " anormal pendant, 1 fois anormal après.

5° *Bilirubinémie :* normale avant, augmentée de 12 o/o che 17 o/o des malades.

6° *Urobilinogénurie :* normale avant, anormale chez 6 o/o pendant.

En résumé, altération de la fonction hépatique chez la majorité des impaludés pendant la période fébrile, avec toujours retour progressif à la normale dans les deux mois qui suivent l'interruption de la fièvre par la quinacrine.

A. Touraine.

Prof. A. Puca (Hôpital psychiatrique de Reggio, Calabre). — **Paralysie générale et thérapeutique de shock** (Paralisi progressiva e terapia da shock). *La Riforma Medica*, 15 mai 1947, pp. 209-212.

La malariathérapie seule — la première thérapeutique de shock au sens biologique du mot — qui s'était annoncée très brillante dans le traitement de la paralysie générale, a vu ses succès diminuer. Peut-être est-ce en rapport avec la prédominance des formes à symptomatologie organique avec peu de troubles psychiques ?

L'auteur, après quelques observations personnelles, est convaincu que l'*insulinothérapie associée à la malariathérapie* augmente nettement les possibilités de succès. Le malade est inoculé par voie intramusculaire et l'on commence immédiatement l'insulinothérapie à doses croissantes, de façon à ce que l'organisme se trouve en meilleures conditions de résistance si la fièvre commence avant le coma. L'insuline est arrêtée pendant la période fébrile et immédiatement reprise dès que la fièvre est interrompue et l'on administre alors de façon concomitante le stovarsol.

Louis Vissian.

R. Nyssen. — **A propos d'un cas de paralysie générale juvénile sensiblement amélioré par la malariathérapie.** *Bruxelles Médical*, n° 3, 19 janvier 1947, pp. 114-117.

La paralysie générale juvénile, d'origine hérédo-syphilitique, réagit moins favorablement à la malariathérapie ou à la fièvre artificielle (statistiques de Grothjan, Potter, Menninger, Neymann).

Dans le cas étudié ici, et traité par la malaria suivie d'une cure de sulfarsénol, il y eut nette amélioration clinique et une amélioration sensible de l'albuminose et de la cytologie rachidienne (réactions sérologiques inchangées). L. Golé.

V. Lascara. — **Neurosyphilis avec observation comparative pendant 3 ans des résultats de la malariathérapie et de la pyrétothérapie** (Neurosyphilis with a 3-year observation of the comparative therapeutic effects of inoculation malaria and artificial fever therapy). *Virginia Medic. Monthly* (Richmond), t. **78**, mars 1946, pp. 111-120.

190 paralytiques généraux de race nègre ont été étudiés, 102 ont été traités par pyrétothérapie avec 86 (84 o/o) rémissions ou améliorations. Sur 88 impaludés, 43 (48 o/o) ont eu les mêmes résultats.

Dans les cas de rémission, la sérologie sanguine et le liquide céphalo-rachidien sont redevenus normaux. Les malades qui ont subi la pyrétothérapie combinée à la chimiothérapie sont redevenus normaux avec une plus grande fréquence.

A. Touraine.

20ad. — *Syphilis* (Médicaments divers).

N. N. E. Palmes, Ch. Park, P. Weymouth et W. Bean (Fort Knox U. S. A.). — **Absorption, excrétion et effets physiologiques de l'iodure chez des sujets sains** (The absorption, excretion, and physiological effect of iodine in normal human subject). *The Journal of Clnical Investigations*, t. **26**, n° 2, mars 1947, pp. 301-310, 7 diagrammes, longue bibliogr.

Étude de 13 soldats, normaux, qui, pendant 38 à 45 jours, absorbent de grandes quantités [?] d'eau renfermant environ 34 mgr. 8 d'iodure par litre. Les iodures inorganiques sont absorbés complètement et rapidement par le tube digestif. La concentration du sérum en iodure est directement proportionnelle à la quantité ingérée, mais elle disparaît en moins de 72 heures après la cessation de l'iodure. Son élimination est surtout urinaire; mais, pour 35 o/o de la concentration du sérum, elle se fait aussi par la sueur; l'élimination par les fèces est négligeable. Aucun effet sur la santé générale, l'adaptation à la chaleur, le métabolisme basal, le sang, les urines. A. Touraine.

N. Thyresson. — **Un cas de fièvre par iodure de potassium** (A case of iodine hyperpyrexia). *Soc. suédoise de Dermatologie*, 13 septembre 1944, *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 1, juin 1946, pp. 64-66, 1 graphique.

♂, 55 ans, érythème syphilitique tertiaire circiné des organes génitaux. A trois reprises, après l'absorption de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium, poussée fébrile vers 40°, durant 1 ou 2 jours. Élévation à 37°8 après l'injection d'une préparation iodée de bismuth. A. Touraine.

20ae. — *Syphilis* (Mycothérapie).

Pénicilline (Méthodes d'administration).

D. C. Smith, W H. Kaufman et J. C. Shafer. — **Traitement de la syphilis récente par 600.000 U. de pénicilline** (Treatment of early acquired syphilis with 600.000 U. of sodium penicillin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 5, mai 1947, pp. 644-647. Bibliogr.

Entre le 1er avril 1944 et le 1er novembre 1944, 34 malades, atteints de syphilis

récente, ont été traités. 600.000 U. en 4 jours, Bordet-Wassermann avant et après le traitement et deux fois par mois dans les mois suivants.

Disparition du tréponème : 8 à 22 heures après le début.

Guérison du chancre avec Bordet-Wassermann encore négatif : en 12 à 21 jours; avec Bordet-Wassermann positif : en 30 à 47 jours.

Guérison des lésions secondaires en 10 à 56 jours (dans 23 cas sur 24) et dans un cas les lésions étaient encore présentes 97 jours après et, à ce moment, il y eut réapparition de tréponèmes à leur surface.

Rechutes sérologiques dans 10 cas de syphilis secondaire et dans un cas de syphilis primaire sérologique. Rechute clinique associée dans 8 cas. Sur les 34 malades : 2 réactions du liquide céphalo-rachidien.

En résumé : 32,3 o/o de rechutes (et 3 cas sur 34 avec sérologie toujours positive), 58,8 o/o de guérison clinique et sérologique après un an d'observation.

Il n'a pas été observé de réinfection.

Les auteurs admettent que la dose de 600.000 U. n'est pas suffisante dans le traitement de la syphilis récente.

(Cette statistique concerne une série de malades traités selon un schéma thérapeutique aujourd'hui périmé, mais dans le cadre des recherches systématiques entreprises sous le contrôle du Comittee on Medical Research, après les premières observations de Mahoney et ses collaborateurs. *An.*].

L. Golé.

R. Craig, G. Schwemlein, R. Barton, T. Bauer et H. Bundesen (Chicago). — **Pénicillothérapie de la syphilis récente, 429 malades traités par 1 200.000 unités en 90 heures** (Penicillin in the treatment of early syphilis. 429 patients treated with 1.200.000 units in 90 hours). *Annals of internal Medicine*, t. **27**, n° 2, août 1947, pp. 225-230, 4 tableaux, courte bibliogr.

Traitement : 40.000 U. toutes les 3 heures en 30 injections, tous les malades étant en syphilis primaire ou secondaire à ultra-positif; pas d'autre traitement.

Résultats cliniques : 10 récidives en 3 mois, 33 en 6, 42 en 9, 53 en 12, 56 en 15 mois.

Résultats sérologiques : 141 encore positifs après 3 mois, 62 après 6, 38 après 9, 21 après 12, 8 après 15 mois (non revus, dans les mêmes délais : 127, 131, 155, 160, 222) : délai moyen pour la négativation : 137 jours (92 pour la syphilis primaire, 152 pour la secondaire).

Incidents : fièvre primaire dans 56 o/o (légère dans 31, moyenne dans 17, forte dans 8); fièvre secondaire dans 27,5 o/o (légère dans 25,4).

A. Touraine.

E. Carlinfanti (Milan) et F. Morra (Naples). — **Emploi du lacet pour prolonger l'action de la pénicilline** (Use of a tourniquet to prolong the effect of penicillin). *The Lancet*, t. **252**, n° 6451, 19 avril 1947, pp. 521-522.

La solution de pénicilline est injectée dans l'hypoderme d'un membre (cuisse ou bras) modérément serré par un lacet placé vers sa racine. Les A. ont vu ainsi l'action bactériostatique du sérum se prolonger pendant 9 heures (au lieu de 4 à 6) après l'injection de 75.000 et de 100.000. U.

A. Touraine.

E. Thomas, S. Landy et C. Cooper (New-York). — **Le traitement rapide de la syphilis récente par la pénicilline dans la cire d'abeille et l'huile** (Rapid treatment of early syphilis with penicillin in beeswax and oil). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 2, février 1947, pp. 19-23, 2 tableaux, 2 indic. bibliogr.

Du 1er août 1945 au 25 juillet 1946, 802 sujets ont été traités par cette pénicilline à raison de 4.800.000 U. en 8 jours, les uns par 2 injections quotidiennes de 300.000 U., les autres par une seule injection de 600.000 U. Douleurs et

nodosités locales dans 5,1 o/o, légère fièvre vers le 5e-7e jour dans 9,6 o/o, urticaire dans 1,1 o/o (celle-ci obligeant, dans 2 cas, à suspendre le traitement). Les résultats ont été les mêmes dans les séries à 1 ou 2 injections par jour. Les réactions sérologiques sont restées fortement positives dans 6,5, 3,0 et 5,7 o/o (selon les séries) des cas, faiblement positives dans 19,9, 19,7, 12,3 o/o. Rechutes après syphilis primaire dans 8,2, 4,3, 10,3 des cas, après syphilis secondaire dans 4,3, 0, 6,6 des cas. Le liquide céphalo-rachidien, anormal dans 46 cas de syphilis secondaire, est redevenu normal en 3 à 5 mois dans 26 cas, resté anormal dans 2, s'est aggravé dans 1 ; il n'a pas été de nouveau examiné dans 17 cas.

A. Touraine.

H. Eagle, H. Magnuson et R. Fleischman (Baltimore). — **Observations sur l'efficacité thérapeutique, dans la syphilis expérimentale, de la pénicilline calcique dans l'huile et la cire d'abeille et sur son emploi chez l'homme** (Observations on the therapeutic efficacy in experimental syphilis of calcium penicillin in oil and beeswax and their bearing on its use in man). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 3, mai 1947, pp. 246-256, 3 tableaux, bibliigr.

La dose curative de cette préparation, chez le lapin syphilitique, donnée chaque jour pendant 4 jours, tombe de 39.000 à 8.000-3.500 U. par kilogramme si la proportion de cire d'abeille s'élève de 0 à 3 et 6 o/o (en volume). L'action se renforce si les injections sont plus fréquentes (détails des expériences). On peut compter que la stérilisation en un jour, avec un total de 50.000 U., nécessite 12 injections de solution aqueuse et 1 de cette préparation ; la stérilisation en 4 jours avec un total de 3.500 U. par kilogramme nécessite 16 injections de solution aqueuse et 4 de la préparation. Pour obtenir le même effet, il faut 2 à 14 fois plus d'injections avec la solution aqueuse qu'avec la préparation.

A. Touraine.

R. Koch (San Francisco). — **Traitement ambulatoire intensif de la syphilis par la pénicilline calcique dans l'huile et cire** (Ambulatory intensive treatment of syphilis with calcium penicillin in oil and wax). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 10, octobre 1947, pp. 569-573, 5 tableaux, bibliogr.

238 malades ayant reçu 3.000.000 U. en 10 jours (150.000 U. matin et soir) (35, en outre, n'ont pas reçu ce traitement au complet, dont 3 en raison d'incidents réactionnels). 181 ont été suivis pendant 3 à 18 mois et ont montré 7 rechutes cliniques, 11 rechutes sérologiques. La sérologie a été négativée complètement dans 94 cas, partiellement dans 68 (chez des malades suivis 3 à 9 mois seulement).

A. Touraine.

Ch. Hayman (Deloware)-R. Aiken (Vermont). — **Deux rapports sur le traitement ambulatoire de la syphilis par la pénicilline dans l'huile-cire d'abeille** (Two reports on out-patient attendance for treatment of syphilis, using penicillin in oil-beeswax). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 10, octobre 1947, pp. 221-225.

Hayman a traité 123 syphilis récentes, pendant 7 à 10 jours consécutifs, par une seule injection quotidienne de 300.000 à 600.000 U. de pénicilline-retard, sans hospitalisation ; 13 o/o des malades se sont arrêtés 1 ou 2 jours avant la fin du traitement ; 2 seulement se sont plaints de douleur locale.

Aiken a fait un traitement analogue, chez 86 syphilitiques, avec 600.000 U. en une seule fois par jour, pendant 8 jours consécutifs pour 70 d'entre eux, pendant 11 jours pour 15 autres. Réactions chez 5 d'entre eux (fièvre, vomissements, douleur locale, faiblesse, etc.).

[Les résultats cliniques et sérologiques ne sont pas donnés. *An.*].

A. Touraine.

J. Archambault. — **Traitement des syphilis récentes et prévention de la syphilis congénitale par la pénicilline en solution aqueuse et en suspension dans l'huile et la cire.** *Union Méd. du Canada*, **76**, n° 10, octobre 1947, pp. 1199-1206. Bibliogr.

De cette longue revue générale, extrayons quelques notions peu connues en France. Pour l'auteur, une injection quotidienne de 600.000 U. de pénicilline dans l'huile et la cire (formule Romansky), pendant 8 jours, produit les mêmes résultats que les 60 injections de 40.000 U. de pénicilline en solution aqueuse toutes les 3 heures. Il faut doubler la dose quand on l'injecte en suspension dans l'huile et la cire (4.800.000 U.). La pénicilline calcique, moins hygroscopique que la pénicilline sodique, est choisie de préférence pour être incorporée dans l'huile et la cire.

L'auteur insiste sur l'importance des réactions quantitatives sur le sang pour évaluer les résultats du traitement par la pénicilline : Wassermann ou Kahn. « En établissant la courbe sérologique sur le taux des réagines, révélé chaque mois par une réaction quantitative, on observera : *a*) soit un abaissement régulier de la courbe qui indique un résultat favorable. Même s'il reste 8 U. de Kahn au douzième mois, les dangers de récidives sont minimes et l'on ne se hâtera pas d'instituer un nouveau traitement car la négativation sérologique est plus lente chez les malades traités à la pénicilline que chez les malades traités par arsenic-bismuth ; *b*) soit une courbe sans modification (récidive clinique précoce à prévoir) ; *c*) soit un abaissement normal, mais une augmentation marquée des réagines vers le 9e mois précédant la récidive clinique. D'où la nécessité d'observer ces malades pendant plusieurs années (avec examen sérologique tous les mois de la première année, tous les 3 à 6 mois la deuxième année).

L. Golé.

M. Machado Espinosa. — **Méthode pour administrer la pénicilline** (A method of giving penicillin). *British Medical Journal*, février 1947, p. 197.

Résumé du rapport que l'auteur a fait le 14 novembre 1946 à la Société des Études Cliniques à la Havane. On utilise comme solvant une solution d'eau tridistillée avec 2 o/o de citrate neutre de sodium et 2,7 o/o de procaïne.

On prend 5 centimètres cubes dans lesquels on dissout la quantité de pénicilline à injecter en une fois : 500.000 ou 600.000 U., on aspire ensuite dans une seringue de dix centimètres cubes. On ponctionne ensuite la veine du malade ou celle d'un autre sujet et on prélève dans cette même seringue 5 centimètres cubes de sang, on agite vigoureusement pendant 2 minutes. L'auteur administre ensuite la totalité du mélange en intramusculaire profonde. Les piqûres sont faites toutes les 24 heures. L'auteur prescrit cette dose pour un adulte pesant 70 kilogrammes ou 100.000 U. par 10 kilogrammes de poids. La pénicilline utilisée était de la cristallisée et 48 heures après l'injection une concentration sanguine exceptionnelle fut constatée.

M. Mansour.

M. Machado Espinosa et F. Ramìrez Corrìa. — **Technique pour l'injection de pénicilline. Méthode d'absorption lente** (Técnica par la inyección de penicilina. Método de absorción lenta). *Sociedad de Estudios Clinicos de la Habana*, séance du 14 novembre 1946.

Exposé d'une nouvelle méthode pour prolonger l'effet de la pénicilline. La dose de pénicilline cristallisée que l'on doit injecter (les résultats obtenus par la pénicilline amorphe ne paraissent pas uniformes) est dissoute dans 5 centimètres cubes d'un mélange de citrate de soude et de chlorhydrate de procaïne en solution isotonique. On y ajoute 5 centimètres cubes de sang du malade, ou d'une autre personne, obtenu par ponction veineuse. On agite le tout vigoureusement dans la

même seringue pendant au moins deux minutes et on l'injecte par voie intramusculaire, de préférence dans la région fessière. Les injections se font toutes les 24 heures.

Les doses conseillées par les auteurs varient entre 500.000 et 600.000 U. de pénicilline cristallisée par injection, pour un adulte de 70 kilogrammes environ. En général on injecte 10.000 U. par kilogramme.

Les résultats cliniques obtenus par cette méthode paraissent satisfaisants. De plus, les dosages répétés de pénicilline dans le sang de 20 malades ont montré une concentration suffisante pendant 48 heures.

D. Argüelles Casals.

W. Hoffman et J. Volini (Chicago). — **Etudes sur l'administration de la pénicilline par la bouche** (Studies in the oral administration of penicillin). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **213**, n° 5, mai 1947, pp. 513-534, 10 tableaux, bibliogr.

Il est aujourd'hui bien établi que ce mode d'absorption est efficace. Une dose de 50.000 U. toutes les deux heures obtient une teneur de 0 U. 06 par centimètre cube. Une dose de 100.000 U., une heure après 200.000 U. donne une teneur de 0 U. 125 pendant 2 heures et de 0 U. 06 pendant les deux heures suivantes. Une dose de 200.000 U. permet de retrouver de la pénicilline dans le plasma pendant 6 à 8 heures.

Par cette méthode les auteurs ont obtenu de bons résultats dans la pneumonie lobaire et diverses infections. Urticaire dans 3,8 o/o des cas.

A. Touraine.

W. Hoffmann. — **Pénicillothérapie sous-cutanée ou intramusculaire** (Subcutaneous vs. intramuscular administration of penicillin). *Journal of Lab. and Clin. Med.*, t. **31**, 1946, p. 1165.

Comparaison des deux méthodes d'injection par le dosage de 3 pénicillines dans le sang, 30, 150 et 180 minutes après une injection unique. Pas de différence notable entre les injections sous-cutanées et les intramusculaires. Les réactions locales, après injection sous-cutanée, sont pratiquement nulles avec une pénicilline purifiée, mais assez fréquentes avec des préparations impures.

A. Touraine.

Cappelli (Gênes). — **Sur l'action de petites doses de pénicilline en injections intradermiques dans l'infection syphilitique** (Sull' azione di piccole dosi di penicillina iniettate intradermicamente nell' infezione luetica). *Il Dermosifilografo*, n°s 3-4, mars-avril 1947, pp. 61 à 64.

L'auteur, en injectant par la voie intradermique chez des syphilitiques porteurs de manifestations cutanées et muqueuses des doses de 2.500 à 3.000 U. O. de pénicilline par 24 heures pendant une période de dix à quinze jours (quantité totale 30 à 50.000 U. O.), a fait les constatations suivantes :

1° Disparition du tréponème dans les prélèvements dès les premières injections;

2° Guérison clinique rapide des papules végétantes; les syphilomes cèdent moins bien à ce traitement;

3° Sentiment de bien-être général.

Pendant ce traitement, il n'a jamais été constaté de réaction du type Herxheimer et les réactions sérologiques sont restées inchangées.

Cappelli pense que ces résultats peuvent être dus à une action directe des petites doses de pénicilline sur le germe ou bien à une action indirecte par stimulation des mécanismes humoraux et tissulaires sous l'influence du médicament.

Belgodère.

L. Kaplan, H. Read, F. Becker et Ch. Seymour (Thomasville, U. S. A.). — **La concentration de la pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien après injection intramusculaire dans la neurosyphilis. Étude négative** (The concentration of penicillin in the spinal fluid following intramuscular administration in neurosyphilis : a negative report). *Journ. of Lab. and Clin Med.*, t. **31**, mars 1946, pp. 317-322, 2 tableaux. Bibliographie.

Des injections de 30.000 U. sont faites à 12 neurosyphilitiques présentant diverses anomalies du liquide céphalo-rachidien, mais tous avec leucocytose de ce liquide. La recherche de la pénicilline, faite 10 à 150 minutes plus tard dans le liquide céphalo-rachidien, n'a jamais été positive, même à la dose de 0,125 U. par centimètre cube (limite des tests d'essai).

Si des améliorations cliniques ont été notées, il faut en déduire que le passage à travers la barrière méningée n'est pas nécessaire pour l'action thérapeutique.

A. Touraine.

Pénicilline dans la syphilis récente.

L.-M. Pautrier. — **Quelle place la pénicilline peut-elle prendre à l'heure actuelle dans le traitement de la syphilis.** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 17, 19 mars 1947, p. 187.

La pénicilline représente un antisyphilitique d'action indiscutable, mais pas sensiblement supérieure à celle des arsenicaux et du bismuth. Les premiers essais thérapeutiques de la syphilis avec la pénicilline seule ont montré son insuffisance aux doses actuelles et avec les solvants que nous possédons. Elle a l'avantage de ne pas provoquer d'accidents parfois graves comme les arsenicaux. Il faut l'associer au bismuth pour les cures d'attaque.

H. Rabeau.

A. Tzanck. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis.** *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 215-221. Ministère de la Santé publique, Masson édit., Paris, 1947.

Étude d'après 100 malades, traités avant avril 1946, par 2.400.000 à 2.600.000 U. A noter, parmi les conclusions écrites à cette époque et dont les perspectives actuelles ont confirmé la portée : « Pas plus qu'avec les arsenicaux la *therapia sterilisans magna* n'est pas obtenue. C'est l'association pénicilline-bismuth qui semble offrir à la fois la plus grande efficacité, la plus grande sécurité pour l'avenir, la plus grande innocuité. La pénicilline ne se substitue pas au bismuth pour le traitement d'entretien mais peut-être aux arsenicaux pour le traitement d'assaut. »

A. Touraine.

J. Gandin. — **Pénicillothérapie des maladies vénériennes.** *Société de Médecine Militaire française*, Bulletin mensuel, année **40**, n° 7, juillet 1946, pp. 169-174.

L'auteur après un premier travail paru dans les *Archives de Médecine Navale* en décembre 1945 et dans le *Bulletin Médical* du 11 avril 1946, apporte 34 cas nouveaux, dont 2 syphilis et 32 blennorragies sulfamido-résistantes.

La guérison des gonococcies a été spectaculaire. La guérison de la syphilis demeure encore discutable. L'auteur souligne le danger des syphilis décapitées, l'apparition d'une pénicillo-résistance héréditaire, le doute sur l'action tréponémicide profonde. Sur un total de 22 cas de syphilis primaires et secondaires, il y a eu 4 rechutes.

L. Ferrabouc.

W. Clarke (Harvard). — **Pénicilline.** *Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien*, Paris, 20-25 octobre 1947 ; *La Prophylaxie antivénérienne*, année **19**, n° 12, décembre 1947, pp. 804-811.

Revue générale sur l'emploi de la pénicilline dans la syphilis et la blennorragie, sans notion nouvelle et qui paraît déjà ancienne car dépassée par les faits.

A. Touraine.

G. Miescher (Zurich). — **Etat actuel de la syphilithérapie** (Der heutige Stand der Luestherapie). *Praxis*, année **36**, n° 39, 25 septembre 1947, pp. 655-661.

Revue générale qui est surtout un exposé de la pénicillothérapie aux diverses phases de la syphilis, sans données nouvelles.

A. Touraine.

Clément Simon et Max Lardat. — **Le traitement de la syphilis par la pénicilline.** *Bulletin Médical*, n° 18, 21 juin 1947, pp. 261-263.

Les auteurs retracent brièvement l'historique du traitement de la syphilis par la pénicilline.

Ils rappellent le traitement standard actuellement employé contre les accidents primo-secondaires : dose totale 2.400.000 U. répartie en 60 injections de 40.000 U., à raison d'une injection toutes les 3 heures pendant 7 jours 1/2. Il n'existe pratiquement ni toxicité, ni accidents. La pénicilline-retard permettra d'éviter la répétition des injections. L'action sur les accidents cutanéo-muqueux est excellente. La seule cure de pénicilline est loin de stériliser définitivement l'organisme. De ce fait, l'accord semble se faire pour substituer la pénicilline à l'arsenic et continuer ensuite par le bismuth selon les méthodes classiques.

Dans le traitement de consolidation, naturellement toujours nécessaire, le rôle de la pénicilline n'a pas encore été précisé.

Dans la syphilis tardive, la paralysie générale, la syphilis congénitale, les résultats obtenus avec la pénicilline ne semblent guère encourageants : en tous les cas cette médication ne paraît pas avoir de résultats supérieurs à ceux obtenus avec les autres méthodes.

H. Ruel.

W. R. Hill. — **Les problèmes s'élevant dans le traitement de la syphilis par la pénicilline** (Problems arising in treatment of syphilis with penicillin). *New England Journal of Medicine*, t. **295**, 26 décembre 1946, p. 919.

Parmi 75 malades de syphilis récente traités par la pénicilline, 2 ont eu une rechute sérologique et 3 une rechute clinique (cutanéo-muqueuse). Dans ce dernier groupe une femme enceinte présentant une syphilis secondaire fut traitée avec 1.200.000 U. de pénicilline. Au moment de l'accouchement d'un enfant paraissant normal les réactions sérologiques de la mère étaient positives. Les réactions sérologiques de l'enfant furent négatives jusqu'au 3e mois où elles devinrent positives. A ce moment la mère et l'enfant présentaient des lésions cutanées caractéristiques de la syphilis secondaire.

Il est extrêmement rare d'avoir des réactions graves dans le traitement par la pénicilline, mais la réaction de Herxheimer fut notée chez 75 o/o des malades de syphilis récente, elle ne doit cependant pas faire cesser le traitement.

Dans le but de prévenir le masquage de la syphilis, il semble nécessaire de soumettre les malades recevant de la pénicilline pour une gonorrhée à des examens pendant les 6 mois suivants pour dépister une syphilis possible. Hill dit que tout malade traité pour blennorragie et qui présente une réaction de Herxheimer se manifestant par une élévation de température après la première infection de pénicilline doit être examiné pour la syphilis.

M. Balter.

X... — **Pénicilline dans les syphilis récentes** (Penicillin in early syphilis). *British Medical Journal*, n° 4520, 23 août 1947, p. 303.

Le Dr J. E. Moore, de Baltimore, dit que les cas maintenant traités aux États-Unis atteignaient 40.000. Les premiers résultats montrent une conclusion certaine : la cure est parachevée quand le traitement a été appliqué à la période présérologique. Quelle est l'influence du facteur temps de mise en traitement ? Cette question a été étudiée expérimentalement par H. Eagle, H. J. Magnuson et R. Fleischmann sur le lapin, et pour trois facteurs. Deux sont d'un intérêt secondaire : la dose de pénicilline nécessaire qui variait avec l'ampleur de l'inoculation et qui devait être plus forte dans le cas d'inoculation intratesticulaire au lieu de cutanée. Le facteur temps fut étudié en inoculant une quantité fixe de tréponèmes, 2.000 par une de ces voies, puis administrant la pénicilline en cinq fois, doses cinq fois différentes et à cinq intervalles différents variant de quatre heures à six semaines. Le fait le plus frappant est qu'une très petite dose de pénicilline administrée dans de l'huile et cire d'abeilles suffit à faire avorter la maladie non seulement quant elle est donnée quatre heures mais même quatre jours après l'inoculation. Après quatorze jours une dose sept fois supérieure est nécessaire, et après six semaines trente fois plus sont nécessaires pour supprimer la maladie. Néanmoins, parmi les animaux traités 65 échecs précoces parmi lesquels un lapin avec une affection asymptomatique révélée par une adénite, ce qui ne se produit que dans les cas d'échecs après six semaines.

Évidemment il est incertain de rapprocher ces résultats de ce qui pourra se produire dans le corps humain, en particulier du rythme de multiplication du tréponème dans les débuts de l'infection, ce qui est considéré par les auteurs comme un facteur important. Si les deux conditions sont comparables, il suffirait d'une dose unique et minime de pénicilline administrée dans les quatre premiers jours pour faire avorter la maladie. Cette possibilité est sérieusement discutée, et la dose nécessaire chez l'homme serait de 15.000 à 50.000 U. si administrées dans les quatre jours; et près de dix fois cette quantité si dans les deux premières semaines. La réponse peut être donnée par les cas de syphilis apparus après les traitements de gonococcie par la pénicilline. Il semble au moins possible que l'injection de pénicilline-retard (huile et cire) administrée peu de temps après le contage suffise à prémunir contre la gonorrhée et la syphilis. Si une telle conclusion était adoptée est-ce que l'armée donnerait des facilités pour un tel traitement ?

M. Mansour.

E. Peters et R. Barton (Chicago). — **Pénicillothérapie intraveineuse massive de la syphilis récente** (The massive intravenous penicillin therapy of early syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 522-532, 3 tableaux, 2 diagrammes, bibliogr.

275 syphilitiques primaires ou secondaires, à ultra-microscope positif, ont été traités par injection intraveineuse continue de 10 à 25.000.000 U. de pénicilline sodique en 24 heures. Une haute teneur en pénicilline dans le sang est rapidement obtenue et aisément maintenue. Des quantités appréciables de pénicilline passent dans le liquide spinal de la plupart des malades (58 d'entre eux avaient un liquide anormal). Les réactions sont : 23 fièvres légères, 79 fièvres moyennes, 172 fièvres élevées (dont 12 o/o avec frissons), 28 troubles gastro-intestinaux modérés, 16 thrombophlébites, 11 albuminuries (dont 3 cylindruries), 8 azotémies passagères (grave dans un cas rapporté en détail). Échecs cliniques (rechutes) : 51 o/o en 6 mois, 61 o/o en un an avec 10.000.000 U., 30 o/o en 6 mois, 35 en un an avec 25.000.000 U. Réactions restées positives : 28 o/o en 6 mois, 5 en un an après 10.000.000 U.; 15 o/o en 6 mois, 6 en un an après 25.000.000. Ce traitement se montre donc « grossièrement inadéquate ».

A. Touraine.

C. Huriez et M. Desurmont. — **Les pénicillothérapies d'assaut de la syphilis récente.** *La Presse Médicale*, année **33**, n° 35, 10 juin 1947, p. 401, 2 fig.

Les essais thérapeutiques ont porté sur 201 cas de syphilis récente : 22 soumis à la seule mycothérapie, dans 179 cas à la pénicilline étaient associés bismuth ou arsenic, ou les deux, suivant des posologies variées. Voici leurs conclusions : dangereusement insuffisantes : mycothérapie simple, minime ou moyenne; bismuthothérapie minime; arséno-mycothérapie minime ou moyenne; mycothérapie forte (coût, lenteur de cicatrisation, inconstance des négativations sérologiques).

Ils conseillent : bismutho-mycothérapie (2.400.000 U. de pénicilline et 12 injections de bismuth le même mois) répétées 2 fois après 15 jours de repos, soit le traitement triple successif de Wile. Ces traitements d'assaut devront être suivis de cures bismuthées de consolidation.

H. Rabeau.

O. Hazel (Oklahoma City). — **Considérations sur la pénicillothérapie de la syphilis récente eu égard à son application dans la pratique privée** (Considerations with respect to the application in private practice of penicillin therapy for early syphilis). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 6, juin 1947, pp. 103-107, courte bibliogr.

Résumé des stades par lesquels est passé le traitement de la syphilis récente par la pénicilline depuis Mahoney, en 1943. L'auteur a, dans 35 cas, suivi le schéma suivant : pendant 10 jours, chaque jour 300.000 U. de pénicilline-retard en une seule injection, tous les deux jours 0 gr. 06 de mapharsen (0 gr. 04 chez la femme); puis une injection de mapharsen par semaine pendant 20 semaines; enfin pendant 5 semaines une injection hebdomadaire de bismuth. Durée du traitement : 27 semaines.

Rappel des incidents locaux et généraux de la pénicillothérapie.

A. Touraine.

L. M. Pautrier, A. Ullmo et R. Burgun (Strasbourg). — **Premiers résultats obtenus dans le traitement de la syphilis primo-secondaire par la pénicilline,** *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 691-693, Ministère de la Santé publique, Masson, édit., Paris, 1947.

Dans ce rapport écrit avant le 13 avril 1946, les auteurs donnent leurs premières impressions d'après 15 cas. « Nous continuons le traitement classique au bismuth jusqu'à nouvel ordre. »

A. Touraine.

I. T. Akopian. — **Essais de traitement de la syphilis par la pénicilline.** *Journal de Vénéréologie et de Dermatologie* (Moscou), **1**, 1947, pp. 12 à 15.

A propos de 47 observations personnelles de syphilis récentes, l'auteur souligne toutes les particularités aujourd'hui bien connues du traitement pénicillé.

Un seul cas semble extraordinaire :

Chez un homme contaminé par sa femme, un chancre génital largement infiltré, avec présence de spirochètes et sérologie négative, est stérilisé en 1 jour, cicatrisé en 15 par 200.000 U. de pénicilline russe. Le Wassermann demeure négatif mais 1 mois 1/2 après la cicatrisation le malade revient porteur d'un chancre occupant exactement la place du premier. Les spirochètes y sont à nouveau trouvés. L'adénopathie reste telle qu'elle était au moment de la cicatrisation. Une nouvelle administration de 200.000 U. de pénicilline américaine fait tout rentrer dans l'ordre. Sept mois après le début aucun nouveau signe clinique ou sérologique.

L'auteur suppose que le spirochète est demeuré localisé dans l'importante infiltration sous-jacente du chancre que la pénicilline n'a pu atteindre. La pénicillothérapie a par contre sauvegardé la négativité de la sérologie.

P. de Graciansky.

Y. Bureau (Nantes). — **Résultats obtenus par la pénicilline dans le traitement des affections syphilitiques,** *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 702-704, Masson édit., Paris, 1947.

10 cas de syphilis récente; bons résultats cliniques. 5 cas de tabès ou de paralysie générale traités par 2.400.000 U., avec retour de la lymphocytose à la normale dans 4 cas, à 10 éléments dans 1 cas, amélioration de la réaction au benjoin dans 2 cas sur 4, albuminorachie non modifiée dans 5 cas sur 5.

A. Touraine.

Van Steenbergen (Utrecht). — **Première communication sur le traitement systématique de la syphilis par la pénicilline** (Erste vorläufige Mitteilung über die systematische Behandlung der Syphilis mit Penicillin), 118e Journée de la Société néerlandaise de Dermatologie et de Vénéréologie, Utrecht, 27 octobre 1946, *Dermatologica*, t. **94**, n° 4, 1947, pp. 259-260.

228 malades ont reçu 60 injections de 40.000 U. Réaction d'Herxheimer dans 119 cas (fièvre après la deuxième injection; recrudescence ou apparition d'un exanthème avec fièvre; réaction locale sur le chancre).

11 séro-réactions négatives devenues positives, 5 positives devenues négatives, 28 positives devenues plus fortes, 27 positives devenues plus faibles, 137 sans changement [sans détails sur les temps des examens. *An.*].

A. Touraine.

James Marshall. — **Suppression de la syphilis et du tertiarisme précoce** (Suppression of syphilis and precocius tertiarism). *British Medical Journal*, **30**, 18 octobre 1947, pp. 612-613.

Dans les cas de syphilis traités par la pénicilline (par 2.400.000 U. ou plus, les échecs ou récidives se manifestent ainsi : *a*) récidives locales de type primaire ou secondaire entre le 59e et le 200e jour, en moyenne 83 jours; *b*) rechute sérologique sans signes cutanés; *c*) séro-résistance; *d*) plus rarement des neuro-récurrences, des lésions oculaires, osseuses, et même la persistance des tréponèmes dans les lésions cutanées. Néanmoins le tertiarisme précoce n'a pas été jusqu'ici publié. L'auteur relate un cas survenu 18 mois après un début masqué par une gale, dont l'infection secondaire avait été traitée par 600.000 U. D'où la nécessité de faire un diagnostic précis chaque fois que l'on doit utiliser la pénicilline.

M. Mansour.

Cortella (Bolzano). — **Nouvelles observations sur le traitement par la pénicilline dans certaines formes d'infection syphilitique en particulier dans la syphilis pharmaco-résistante et nerveuse** (Ulteriori osservazioni sulla cura con penicillina, in alcune forme dia infezion luetica con particular e riferimente allo sifilide farmaco-ressistente e nervosa). *Archivio italiano di Dermatologia e Sifilografia e Venereologia*, vol. **19**, fasc. V-VI, 1947, pp. 405 à 413. Bibliographie.

L'auteur rappelle une note antérieure, dans laquelle, après avoir reconnu les brillants effets de la pénicilline dans le traitement de la blennorragie, il faisait des réserves au sujet de l'emploi de ce médicament dans la syphilis faisant observer qu'en tout cas le recul du temps était nécessaire pour se faire une opinion définitive.

Il revient sur cette conclusion trop restrictive à la suite des observations qu'il a eu l'occasion de faire puis, d'accord avec les auteurs américains, il reconnaît en la pénicilline un des meilleurs remèdes que nous possédions pour le traitement de la syphilis.

Les cas de pharmaco-résistance rebelles aux traitements ordinaires mixtes : arséno-benzol-bismuth-mercure-iodiques trouvent dans la pénicilline employée à doses opportunes et selon des modalités appropriées un agent parasitotrope des plus actifs. Il est d'avis que la pénicilline exerce un pouvoir *parasiticide* direct, diffé-

rent de celui du bismuth et du mercure qui ont plutôt une influence particulière sur les tissus altérés, inhibant le développement des tréponèmes et exerçant par conséquent plutôt une action *bactériostatique* que bactéricide. Pour ce qui concerne l'arsénobenzol, il ne peut pas encore conclure à une supériorité de la pénicilline, n'ayant pas pu disposer de quantités suffisantes pour employer des doses suffisamment élevées.

Dans la syphilis nerveuse, il a obtenu également des résultats satisfaisants, bien que, à la vérité, il n'ait pas pu effectuer les analyses sur le liquide céphalo-rachidien.

BELGODÈRE.

L. C. RUBIN. — **Réinfection syphilitique après pénicillothérapie** (Syphilitic reinfection after treatment with penicilline). *United States Naval Medical Bulletin*, octobre 1946.

Un homme de 25 ans a un chancre d'origine extra-conjugale, séro-négatif. Il reçoit 2.400.000 U. de pénicilline. Le 20 mars 1945 ce malade ne présente plus aucun signe, sa sérologie est négative. Il reprend, ce jour, les rapports sexuels avec sa femme et celle-ci montre, le 20 avril, un chancre de la vulve et, le 10 mai, des plaques muqueuses génitales, des syphilides palmo-plantaires. Le 17 mai, l'homme revient avec un large chancre péno-scrotal dans lequel on trouve des tréponèmes, une adénopathie typique ; la réaction de Kahn, négative le 17 mai, devient positive le 23 mai ; il reçoit de nouveau 2.400.000 U. de pénicilline. A. TOURAINE.

G. CLARK, R. MAXWELL et V. SCOTT (Washington). — **Résultats de la sérologie après pénicillothérapie de la syphilis récente** (The serologic response following penicillin therapy for early syphilis). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **213**, n° 5, mai 1947, pp. 535-548, 8 diagrammes, 5 tableaux, bibliogr.

D'après l'étude de 208 syphilitiques, tenus en observation sérologique pendant un an, traités exclusivement par la pénicilline (1.200.000 U. en 3 jours 3/4 pour 51 ; 1.600.000 U. en 10 jours pour 73 ; 4.800.000 U. en 7 jours 1/2 pour 58), le virage du négatif de la sérologie se fait aussi vite qu'avec les arsenicaux (environ 6 semaines) ; l'intensité du virage est à peu près la même qu'avec l'arsénobenzol (78 cas) et le mapharsen (81 cas), plus profonde qu'avec le novarsénobenzol (74 cas) et beaucoup plus qu'avec le bismuth (21 cas).

A. TOURAINE.

R. WILLCOX (Londres). — **Effets de la pénicilline sur la sérologie de la syphilis latente ou tardive** (Effect of penicillin on serology of late and latent syphilis). *The Lancet*, t. **253**, n° 6242, 5 juillet 1947, pp. 8-10, très courte bibliogr.

Stokes a montré, en 1944, que la négativation de la sérologie, aussi bien après pénicilline qu'après arsenic-bismuth, était d'autant mieux obtenue que le titre de la réaction était plus élevé ; des réactions faiblement positives virent plus difficilement. En 1946, le même auteur a établi, d'après 197 cas suivis pendant au moins 4 mois, que la négativation simultanée du sang et du liquide rachidien ne se réalisait que dans 31 o/o des cas.

Sur 150 syphilis tardives ou latentes, traitées par la pénicilline, 120 ont été suivies plus de 6 mois. Une négativation durable a été obtenue dans 6 sur 25 syphilis congénitales avec signes cliniques, dans 26 sur 33 syphilis latentes récentes, dans 16 sur 34 syphilis latentes d'ancienneté inconnue, dans 8 sur 28 syphilis symptomatiques tardives. Selon le titre des réactions initiales (Wassermann et Kahn) 74,2 o/o des titres faibles ont été négativés, 94,4 o/o des titres élevés et oscillants, 16,1 o/o des titres élevés et fixes, 27,5 o/o des titres élevés de stabilité inconnue.

Ces résultats un peu décevants ont été obtenus avec des traitements de 2.400.000 à 4.800.000 U. de pénicilline.

A. TOURAINE.

Pénicilline dans la neuro-syphilis.

DIVERS. — **La pénicilline dans la neurosyphilis** (Penicillin in neurosyphilis). *Bulletin of U. S. Army Medical Department*, t. **6**, 1946, pp. 696-699.

Dans une discussion sur ce sujet, on a admis que la pénicilline est supérieure à toute métallothérapie et est aussi satisfaisante que l'association pyréto-métallothérapie.

Dans la neurosyphilis parenchymateuse la pyréto-pénicillothérapie est supérieure à la pénicilline seule malgré que la durée en soit plus longue (5 à 8 semaines).

La dose totale, avec la pénicilline seule, sera, de préférence, de 9.000.000 U. en 22 jours au cas de neurosyphilis latente, précoce ou tardive, de méningite aiguë, de gommes, de vascularite. Un examen neurologique et sérologique sera ensuite pratiqué tous les 3 mois la première année, 2 fois la seconde année et ensuite une fois par an.

L'association pyréto-pénicilline est recommandée dans la paralysie générale, la tabo-paralysie, l'atrophie primitive du nerf optique, l'épilepsie, la paraplégie d'Erb. La dose totale sera de 9.000.000 U. réparties pendant toute la durée de la fièvre (12 à 20 jours) et dès le début de celle-ci. Pour la pyrétothérapie, c'est surtout à la malariathérapie par *Plasmodium vivax* qu'on aura recours et on laissera se produire 8 à 12 poussées fébriles. Après ce traitement on cessera tout autre remède, quitte à recommencer si aucune amélioration n'a été obtenue en 6 mois.

A. TOURAINE.

G. H. LARUE et A. PELLETIER. — **Pénicilline et syphilis nerveuse.** *Laval-Médical*, **11**, n° 10, décembre 1946, pp. 987-992.

Statistique portant sur 14 cas de paralysie générale traités par la pénicilline, seule ou associée à la pyrothérapie et au stovarsol.

5 cas avec pénicilline seule : 2 cas sans succès mais traitement insuffisant. 3 cas améliorés alors qu'aucune autre thérapeutique ne pouvait amener d'amélioration.

2 cas avec pénicilline + stovarsol : 2.700.000 U. + 2 séries de 21 grammes de stovarsol. Guérison clinique.

7 cas (pénicilline + stovarsol + malaria) : 2 guérisons cliniques, 3 améliorations, 2 améliorations purement cliniques.

On peut conclure : amendement des signes cliniques, mais il faut une dose de 4 à 6.000.000 U. Aucun autre mode de traitement ne permet une telle baisse de la lymphocytose et de l'albuminose rachidiennes (par contre le Wassermann est resté inchangé).

Les auteurs préconisent la technique suivante : 1re série de 2.000.000 U. Repos de quelques jours puis malaria accompagnée d'une 2e série de pénicilline. Période de repos puis stovarsol + pénicilline.

L. GOLÉ.

A. S. ROSE et H. C. SOLOMON (Boston). — **La pénicilline dans le traitement de la Syphilis nerveuse** (Penicillin in the treatment of Neurosyphilis). *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, n° 1, 4 janvier 1947, pp. 5-10 (8 tableaux et extrait de discussion).

Entre le 1er février 1944 et le 1er avril 1946, 236 malades atteints de syphilis nerveuse furent traités par la pénicilline à l'Hôpital Psychopathique de Boston. 12 sont morts, 14 ont été perdus de vue et 210 sont encore suivis par les auteurs. Cet article donne les résultats du traitement des 100 premiers malades qui ont été suivis au moins un an.

Étant donné la valeur de la pyrétothérapie et l'incertitude des auteurs sur l'ac-

tion de la pénicilline, ils ont préféré au début associer les 2 méthodes. La fièvre est provoquée soit par malaria, soit par un autre procédé mais, quantitativement, les malades reçoivent moitié moins que dans le traitement habituel : 4 à 6 accès de malaria avec température d'environ 104 F ou 20 heures de fièvre à environ 105 F. La pénicilline est administrée en même temps ou après cette « demi pyrétothérapie ». Dans 19 cas cependant, les auteurs ont essayé la pénicilline seule. Dans aucun cas un autre médicament spécifique ne fut donné aux malades. Si besoin était, une autre série de pénicilline était administrée aux patients. Il n'existait aucun critère précis pour cela mais les auteurs se basaient sur le contexte clinique. La série de pénicilline fut fixée arbitrairement à 3 millions d'U., en injections intramusculaires.

Pour pouvoir établir une comparaison, les doses et les intervalles d'administration étaient variables.

Pour simplifier, les auteurs appellent paralysie générale tous les états avec troubles mentaux, y compris ceux présentant des signes de tabès ou d'atrophie optique.

Les malades classés tabétiques ou atrophie optique primitive ne présentaient aucun trouble psychique.

Enfin sont classés syphilis nerveuse méningo-vasculaire les malades avec troubles pupillaires sans signes nets et ceux présentant des signes d'un spasme vasculaire cérébral.

L'évaluation des résultats cliniques est très difficile, les signes psychiatriques pouvant être modifiés, comme chez le malade non syphilitique, par le milieu ambiant, les altérations de l'état général ou par un traitement actif. De plus, les malades peuvent présenter une amélioration de certains symptômes et une aggravation de certains autres. De nouveaux signes tels que les convulsions peuvent apparaître alors que tous les autres disparaissent.

Pour obvier au plus grand nombre possible de ces difficultés, les auteurs ne prennent que des malades suivis pendant 1 an au moins et classent, d'après la comparaison avec l'état avant le traitement, les malades en « amélioré », « sans changement » et « pire ».

Sur 100 malades, les auteurs notent 62 améliorations, 35 stationnaires, 3 aggravations; 36 malades ont dû recevoir une deuxième série de traitement pénicilliné.

Les résultats les meilleurs semblent obtenus par pénicilline et malaria (66 o/o d'amélioration et 33 o/o de stationnaires).

Les auteurs pensent que la pénicilline doit être injectée en doses fortes et à intervalles courts : 50.000 U. toutes les 2 heures pendant 5 jours.

Sur la paralysie générale il est difficile de porter un jugement définitif, les auteurs peuvent seulement affirmer que 3 millions d'U. de pénicilline sont insuffisants pour le traitement de cette affection.

Pour donner plus de poids à leur étude, les auteurs ont prélevé du liquide céphalorachidien avant, immédiatement après le traitement et tous les 3 mois ensuite chez tous les malades. On étudia sur chaque spécimen le nombre de cellules, le dosage d'albumine et le Bordet-Wassermann.

Le nombre de cellules devient normal plus vite que la quantité d'albumine. Le Bordet-Wassermann se négative encore plus lentement. De toute façon les auteurs craignent que, si la durée d'observation était plus longue, le liquide redeviendrait anormal.

Chez les 19 malades chez qui la pyrétothérapie n'a pas été associée à la pénicilline, les améliorations sont les mêmes que chez les autres mais le Bordet-Wasser-

mann du liquide se négative encore plus lentement. Cependant cela prouve que la pénicilline seule est active.

Sur les 12 décès dont 6 sont dus à la paralysie générale, 1 semble avoir été provoqué par la pénicilline qui administrée au cours d'un accès de psychose très marqué a intensifié les symptômes. Les 6 autres sont dus à des causes accidentelles ou à des maladies intercurrentes.

Les auteurs terminent leur article en espérant que la pénicilline donnera des preuves dans le traitement de la syphilis nerveuse mais elle doit être administrée en doses très fortes et associée à la pyrétothérapie.

M. Balter.

H. Koteen, E. Doty, B. Webster et W. Mc Dermott (New-York). — **La pénicillothérapie dans la neuro-syphilis** (Penicillin therapy in neurosyphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 1, janvier 1947, pp. 1-13, 6 tableaux, courte bibliographie

Étude de 111 malades suivis pendant au moins un an après le traitement (au début : 4.000.000 U. chez les malades en activité, 2.000.000 U. chez les autres, en injections de 25.000 U. toutes les 2 heures; plus tard, 4.000.000 U. au moins chez tous les malades).

Résultats cliniques. — *11 paralysies générales* : 4 échecs dont 2 morts dans 4 cas avancés, 6 reprises des occupations antérieures chez les autres, persistance habituelle de la dysarthrie, résultats persistant 2 à 3 ans.

41 *tabès* : résultats difficiles à apprécier; sur 24 cas de douleurs fulgurantes, amélioration durable dans 11, passagères dans 4; 5 fois l'amélioration a été plus marquée après une deuxième série de 4.000.000 U.; sur 4 crises gastriques 3 échecs; sur 12 ataxies 6 diminutions; sur 6 incontinences d'urine 2 améliorations; échec dans 6 cas de troubles trophiques et 6 d'impuissance sexuelle.

2 *artérites cérébrales* avec hémiplégie, 1 *méningite aiguë*, 1 *épilepsie jacksonienne* : amélioration comme après l'arsenic.

Liquide céphalo-rachidien. — 55 *hyperleucocytoses* : 40 sur 47 sont devenues normales en 6 mois; aucun échec après 12 à 24 mois.

58 *réactions à l'or colloïdal* : 24 sur 47 restées anormales en 6 mois, 15 sur 38 en 12 mois, 9 sur 25 en 18 mois, 5 sur 9 en 24 mois.

78 *hyperalbuminoses* : 49 sur 70 restées anormales en 6 mois, 30 sur 48 en 12 mois, 18 sur 34 en 18 mois, 4 sur 12 en 24 mois.

93 *réactions de Wassermann* : 73 sur 90 sans changement en 6 mois, 42 sur 63 en 12 mois, 23 sur 41 en 18 mois, 4 sur 13 en 24 mois.

Dans la syphilis latente, les anomalies du liquide céphalo-rachidien peuvent présenter (3 cas rapportés) des oscillations dans un sens ou dans l'autre après la pénicilline.

A. Touraine.

G Gammon, J. Stokes et collab. — **La pénicillothérapie isolée dans la neuro-syphilis** (Penicilin therapy alone in neurosyphilis). *Annals of Internal Medicin*, t. **25**, 1946, p. 412.

Étude de 161 cas de diverses manifestations de neurosyphilis. En moins de 2 ans, 62 o/o des liquides céphalo-rachidiens sont redevenus normaux ou « presque ».

Sur 47 paralysies générales, amélioration des troubles mentaux dans 72 o/o des cas, surtout dans les cas récents, moins souvent dans la paralysie générale juvénile. Sur 40 tabès avec douleurs fulgurantes, 82 o/o d'améliorations; peu de changements des autres signes de tabès.

Une réaction neurologique d'Herxheimer a donné 5 fois une exagération pas-

sagère des troubles mentaux dans des paralysies générales, 4 fois une exacerbation des douleurs chez des tabétiques et 2 fois une aggravation des signes dans la myélite transverse. A. TOURAINE.

J. STOKES et H. STEIGER (Philadelphie). — **Traitement de la neurosyphilis par la pénicilline seule** (Die reine Penicillinbehandlung der Neurosyphilis). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **97**, nos 11-12, 22 mars 1947, pp. 129-135, 14 diagrammes, quelques indications bibliographiques.

197 neurosyphilis suivies de 120 à 719 jours (en moyenne un an), dont 17 paralysies générales (1 avec liquide céphalo-rachidien normal), 22 tabo-paralysies (2 liquides normaux), 63 tabès (12 liquides normaux), 21 neuro-syphilis congénitales (5 liquides normaux), 34 syphilis méningo-vasculaires (1 liquide normal), 30 neurosyphilis asymptomatiques (0 liquide normal), 10 neurosyphilis diverses (1 liquide normal). Traitement par 1,2 à 10 millions d'U. en une ou plusieurs cures.

Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal ou presque dans 36 o/o des cas, et s'est amélioré dans 74 o/o (10 paralysies générales, 44 tabès, 21 asymptomatiques, 24 syphilis méningo-vasculaires, 16 congénitales).

Une importante amélioration clinique a été obtenue en moins d'un an dans 35 cas (69 o/o) avec des doses faibles et dans 37 cas (71 o/o) avec une posologie élevée. Au cours de la deuxième année, ces pourcentages se sont élevés respectivement à 84 et 67; après 600 jours ils ont été de 84 et de 90.

La différence est très faible entre les résultats d'une dose de 1,2 et ceux d'une dose de 4,8 millions d'unités, de même entre 4,8 et 10 millions ou plus. La répétition des cures n'augmente pas nettement le pourcentage des améliorations. La plus grande partie des effets de la pénicilline est généralement acquise dans les premiers trois mois. Dans le traitement de la neurosyphilis asymptomatique la pénicilline est supérieure aux autres méthodes. La meilleure posologie paraît être de 4,8 millions en sept jours et demi. A. TOURAINE.

F. REYNOLDS (Baltimore). — **Pénicillothérapie de la neurosyphilis. IV. Modification du liquide céphalo-rachidien dans la neuro-syphilis symptomatique** (Penicillin in the treatment of neurosyphilis. IV. Cerebrospinal fluid changes in cases of symptomatic neurosyphilis). *Annals of Internal Medicine*, t. **26**, no 3, mars 1947, pp. 393-404, 5 diagrammes, bibliogr.

149 malades ont été traités (41 paralysies générales, 13 tabo-paralysies générales, 45 tabès, 19 méningites, 6 paraplégies d'Erb, 25 divers), 111 par la pénicilline seule (2 à 10 millions d'U.), 38 par pénicilline et malariathérapie; aucun par pénicilline rachidienne.

Dans la règle, amélioration nette du liquide céphalo-rachidien portant d'abord et rapidement sur les leucocytes et les protéines, puis et plus lentement sur le Wassermann et les réactions colloïdales.

Le degré et la rapidité de l'amélioration ne sont pas en rapports bien définis avec la dose de pénicilline, l'ancienneté des symptômes, les altérations du liquide.

Les résultats sont meilleurs avec la combinaison pénicilline-malariathérapie qu'avec la pénicilline seule. A. TOURAINE.

C. WORSTER DROUGHT. — **La pénicilline dans la syphilis nerveuse.** Réunion Neurologique de Londres [Réunion commune de la Royale Society of Medicine (Section de Neurologie) et de la Société de neurologie de Paris, Londres 14-18 avril 1947] *Revue Neurologique*, t. **79**, no 4, avril 1947, pp. 245-254.

Important mémoire consacré à l'étude de la pénicillinothérapie dans les différentes manifestations de la syphilis nerveuse.

La plupart des expériences actuelles sont basées sur un dosage et une fréquence d'administration semblables à ceux du traitement standard employé dans la syphilis

récente (40.000 U. par voie intramusculaire toutes les 3 heures pendant 7 jours et demi), mais on tend de plus en plus à administrer des doses plus fortes (4 millions d'unités et même davantage, soit en injections de 40.000 U. répétées toutes les 3 heures, soit en injections quotidiennes de 300.000 U. dans l'huile-cire). L'association des arsenicaux et du bismuth à la pénicilline a été employée par de nombreux auteurs sous des formes diverses. L'injection directe de pénicilline par voie intrarachidienne est peu recommandée en raison des accidents qu'elle risque de déterminer (réaction méningée, réveil de douleurs tabétiques, etc.); il semble d'ailleurs que la pénicilline puisse atteindre le liquide céphalo-rachidien quand elle est administrée par la voie habituelle, à la condition d'être employée à doses massives (par exemple, 100.000 U. toutes les heures), cette pénétration étant facilitée dans les cas où les plexus choroïdes sont lésés par l'inflammation, en particulier dans les méningites.

L'introduction de pénicilline par la voie sous-occipitale dans la neurosyphilis apparaît non seulement inopportune mais dangereuse, et des cas de mort ont été signalés à la suite de cette manœuvre chez des paralytiques généraux.

Des résultats parfois spectaculaires ont été obtenus dans les différentes formes de *neurosyphilis méningo-vasculaire*, particulièrement dans les formes aiguës. Des résultats favorables ont été obtenus également dans les *neurosyphilis parenchymateuses* (*paralysie générale*, *tabès*, *atrophie optique primitive*, *neurosyphilis asymptomatique précoce ou tardive* se traduisant par des altérations du liquide céphalo-rachidien sans signes cliniques). Toutefois des *réactions de Herxheimer* peuvent se produire au début du traitement : fièvre, exacerbation des symptômes, myélites transverses aiguës (Mac Elligott) etc., ce qui incite l'auteur à recommander l'institution d'un traitement bismuthique avant l'emploi de la pénicilline (6 injections de bismuth à quatre jours d'intervalle dans la neurosyphilis méningo-vasculaire, 4 injections de bismuth aux mêmes intervalles dans la neurosyphilis parenchymateuse). Des *récidives* peuvent se manifester plusieurs mois après les améliorations obtenues et il est indiqué pour cette raison de continuer le traitement soit en recourant de nouveau à la pénicilline, soit en y associant, selon les cas, les arsenicaux, le bismuth, la malariathérapie, etc.

L'avenir permettra de mieux juger les résultats et de préciser d'une manière exacte les méthodes propres à les obtenir.

LUCIEN PÉRIN.

W. D. NICOL et M. WHELEN. — **Pénicilline et neurosyphilis.** Réunion Neurologique de Londres [Réunion commune de la Royal Society of Medicine (Section de Neurologie) et de la Société de Neurologie de Paris, Londres, 14-18 avril 1947]. *Revue Neurologique*, t. **79**, nº 4, avril 1947, pp. 255-257.

L'auteur a traité par la pénicilline 57 cas de neurosyphilis, dont 42 cas de paralysie générale, 6 cas de tabès, 4 cas de tabès associé à la paralysie générale, 2 cas de neurosyphilis congénitale, 1 cas de syphilis cérébrale, 1 cas de psychopathie avec neurosyphilis et 1 cas de neurosyphilis asymptomatique tardive. Sur ces 57 cas traités, 14 le furent par la pénicilline seule, 7 par la pénicilline suivie de malariathérapie, 6 par la pénicilline associée à la malariathérapie, 30 par la malariathérapie suivie de pénicilline. Les doses de pénicilline employées ont été de 300.000 U. par jour en une injection pendant 14 jours, soit au total, 4.200.000 U. La pénicilline utilisée a été de la pénicilline sodique dissoute dans de l'eau distillée stérilisée.

Un des résultats les plus frappants a été l'amélioration observée chez beaucoup de malades durant le traitement par la pénicilline, ce qui est un phénomène rare dans la malariathérapie. Nombre de ces malades que leur état général rendait,

avant le traitement, inaptes à la malariathérapie, furent suffisamment améliorés pour être par la suite soumis à ce dernier traitement.

Les résultats cliniques les plus nets ont été observés dans les cas de confusion mentale et d'état physique misérable. La pénicilline a été administrée à 8 malades atteints de lésions cardio-vasculaires (4 avec une dégénérescence cardio-vasculaire, 2 avec un souffle aortique, 2 avec une aortite syphilitique), à l'exclusion de tout traitement préparatoire par le mercure, le bismuth ou l'iodure de potassium, sans qu'aucune réaction de Herxheimer se produisît. Parmi les malades traités, 6 moururent au cours du traitement, 2 de maladies intercurrentes, 1 de complication aortique, 3 de paralysie générale; tous ces malades présentaient un état général grave et se trouvaient à un stade avancé de leur affection. Il ne semble donc pas que la pénicilline agisse dans ces cas d'une manière plus efficace que les méthodes habituelles.

Le nombre des cas traités et le recul dont on dispose ne suffisent pas pour juger définitivement les résultats. Il appartiendra à l'avenir d'en préciser la valeur par une étude plus complète, portant sur les examens du liquide céphalo-rachidien renouvelés périodiquement.

LUCIEN PÉRIN.

J. LEREBOULLET. — **L'emploi de la pénicilline en neurosyphilis.** Réunion Neurologique de Londres [Réunion commune de la Royal Society of Medicine (Section de Neurologie) et de la Société Neurologique de Paris, Londres 14-18 avril 1947), *in Revue Neurologique*, t. **79**, n° 4, avril 1947, pp. 257-258.

L'auteur relate deux observations relatives à l'action de la pénicilline dans le traitement de la syphilis nerveuse.

La première est celle d'un malade antérieurement malarié qui reçut un traitement pénicillinique à l'occasion d'une rechute. Dès le premier jour du traitement (300.000 U. dans les 24 heures) apparurent des crises convulsives généralisées et une hémiplégie gauche. Le traitement fut continué pendant 3 jours aux mêmes doses puis arrêté à l'occasion d'une nouvelle crise; une troisième crise survint le 5e jour. Malgré un traitement par le cyanure de Hg le malade se cachectisa et succomba au bout d'un mois.

La seconde est celle d'une femme atteinte d'atrophie optique tabétique rapidement évolutive avec vision presque nulle et réaction importante du liquide céphalo-rachidien (albumine 0,35; lymphocytes 73; Bordet-Wassermann H5; benjoin colloïdal 0000022220000000). Un traitement par la pénicilline aux doses de 400.000 U. par jour jusqu'à un total de 10.000.000 d'U. permit d'obtenir une amélioration fonctionnelle considérable avec retour de l'acuité visuelle à 2/10 des deux côtés.

Malgré les résultats favorables de ce dernier cas, l'auteur pense que la pénicilline seule est insuffisante dans le traitement de la neurosyphilis et il se rallie à l'association malariathérapie-pénicilline qui serait, d'après lui, plus efficace.

LUCIEN PÉRIN.

A. HEYMAN (Atlanta, U. S. A.). — **Pénicillothérapie de la syphilis du système nerveux central** (The treatment of syphilis of the central nervous system with penicillin). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **213**, n° 6, juin 1947, pp. 661-670, 4 tableaux, courte bibliogr.

141 malades traités par 1,2 à 6.000.000 U. et suivis 6 à 19 mois.

10 on reçu 1.200.000 U : liquide céphalo-rachidien redevenu normal dans 1 cas, 3 bons résultats, 4 rechutes.

63 ont reçu 2 à 3.000.000 U. : liquide redevenu normal dans 6 cas, bons résultats dans 32, amélioré dans 18, rechute dans 7.

63 ont reçu 4.000.000 U. : liquide redevenu normal dans 9 cas, bons résultats dans 34, amélioré dans 15, rechute dans 5.

La dose de 4.000.000 paraît arrêter l'évolution dans 85 o/o des cas. Les résultats sont d'autant meilleurs que la neuro-syphilis est récente et que les altérations du liquide sont moins accentuées.

Il n'y a pas de rapport entre le virage de la sérologie sanguine et celui des troubles du liquide. La courbe de la leucocytose est un bon indice de l'évolution de la maladie; une leucocytose constatée 6 mois après le traitement annonce généralement une rechute.

A. TOURAINE.

W. D. NICOL et M. WHELEN. — **Pénicilline et neuro-syphilis** (Penicillin and Neurosyphilis). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Section of Neurology, 15 avril 1947), t. **40**, n° 12, octobre 1947, pp. 684-686.

57 paralysies générales traitées par pénicilline (4.200.000 U.) seule dans 14 cas trop avancés, avec impaludation dans 43 cas. Parmi les 14 premiers, 6 morts. Parmi les autres, résultats variés ne permettant pas de pourcentages. Deux observations rapportées : une de rapide aggravation mortelle, une d'amélioration. Les meilleurs résultats se voient dans les formes à confusion mentale ou en mauvais état physique.

A. TOURAINE.

DIVERS. — **Pénicilline en neurologie : réunion franco-anglaise tenue le 15 avril à Londres.** *British Medical Journal*, 24 mai 1947, pp. 734-736.

Le Dr C. C. Worster-Drought dit que les résultats immédiats dans la syphilis récente sont égaux sinon supérieurs à ceux obtenus avec les médications intensives arsenicales et bismuthiques, avec peu ou pas de risques de réactions toxiques. Dans les cas de syphilis récentes traitées uniquement par la pénicilline il a un taux modérément élevé de récidives apparentes. Il y a beaucoup à apprendre sur la meilleure méthode à appliquer dans ces conditions. La voie intraveineuse est peu indiquée. L'injection continue est d'application incommode et il y a un risque de thrombophlébite. Les récidives semblent plus fréquentes après les intraveineuses qu'après les intramusculaires. Récemment, aux États-Unis, la tendance est d'augmenter les doses : 40.000 U. toutes les trois heures totalisant 4.000.000. D'autres recommandèrent de donner de plus fortes doses à des intervalles plus longs. S'il était prouvé que la teneur sanguine à un niveau constant est nécessaire l'utilité des mélanges cire-huile ne serait pas discutée. Ces préparations parfois n'ont pas été résorbées et trois jours après il persistait une induration. L'auteur n'a pas abandonné l'adjonction de l'arsenic et du bismuth; il pense même qu'une action synergisante des deux méthodes est possible.

Que la pénicilline passe ou non du sang dans les liquides méningés, elle est certainement capable d'exercer une action sur les méninges et le système nerveux central quand elle est introduite par la voie parentérale. Dans ses premiers cas traités par la pénicilline, il a utilisé la voie rachidienne, voie qu'il a abandonnée, préférant la voie musculaire, sauf dans les cas de tabès avec douleurs fulgurantes. Les réactions sérologiques et en particulier le Wassermann étaient souvent peu sensibles au traitement pénicillé et restaient longtemps positives après que le liquide céphalo-rachidien était redevenu normal. Ceci semble être encore un argument en faveur de la continuation du traitement par le bismuth. Sa méthode actuelle consiste en pénicilline intramusculaire : 4 à 5.000.000 d'U. suivis du traitement arséno-bismuthé habituel jusqu'à négativation des réactions sérologiques.

Pénicilline dans la paralysie générale. — Le Dr W. D. Nicol cite 57 cas admis au Malarial Therapy Center à Horton; 42 étaient des paralysies générales, le reste des tabès, « tabo-paresis » et des affections diverses. Trente d'entre eux reçurent de la pénicilline après malariathérapie, 14 de la pénicilline seule et sept furent impaludés plus tard. La pénicilline fut injectée quotidiennement en une dose unique de 300.000 pendant quatorze jours. Ce qui frappait le plus c'était l'amélioration rapide tant physique que mentale de plusieurs malades, ce qui se voit rarement au cours de la malariathérapie. Les résultats les plus dramatiques furent observés chez les malades confus et dans un très mauvais état physique. La pénicilline semble être un puissant adjuvant de l'impaludation mais le recul seul nous dira si cela est vrai ou pas.

M. Mansour.

C. Worster-Drought. — **La pénicilline en neuro-syphilis** (Penicillin in neuro-syphilis). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Section of Neurology, 15 avril 1947), t. **40**, nº 12, octobre 1947, pp. 683-684, 2 indicat. bibliogr.

Dose : 2.400.000 U. en 7 jours et demi; mais rechutes dans 7 à 15 o/o, aussi des doses de 3 à 5.000.000 paraissent-elles devoir été préférables. L'auteur envisage aussi que les résultats seraient aussi bons avec 300.000 U. toutes les 12 heures ou 500.000 U. une fois par jour, ou enfin 3.000.000 U. dans l'huile-cire une fois par jour. La voie rachidienne ne paraît pas plus efficace. Pour éviter la réaction d'Herxheimer, l'auteur fait d'abord une série de bismuth; dans la règle, il fait 3 injections d'arsenic et de bismuth dans la même semaine que la pénicilline.

Bons résultats dans la syphilis méningo-vasculaire. Dans la paralysie générale, 4 à 5.000.000 U. avec pyrétothérapie, puis arsenic et bismuth. Dans le tabès pas de résultats éclatants : pour le mieux, pénicilline puis arsenic et bismuth pendant 2 à 4 ans. Dans l'atrophie du nerf optique, la pénicilline (4 à 5.000.000 U.) ne suffit pas à elle seule; il faut lui adjoindre l'impaludation, puis plus tard arsenic et bismuth.

A. Touraine.

F. Graham Lescher et H. R. M. Richards. — **Traitement moderne de la neurosyphilis.** *British Medical Journal*, 11 octobre 1947, pp. 565-567.

Quarante-neuf malades atteints de neurosyphilis de forme et de degrés différents ont été traités par trois méthodes : 20 par malaria et chimiothérapie, 10 par la pénicilline, 19 par malaria et pénicilline; tous furent suivis cliniquement et sérologiquement. La méthode de choix semble être cette dernière association. La négativation est en général obtenue dans les six mois. Si, au bout de un an, le sang et le liquide céphalo-rachidien sont encore positifs il faut réinstituer une autre série mixte.

Après de petites doses pendant deux jours (pour éviter la réaction de Herxheimer) on injecte 250.000 matin et soir, dans de l'huile et cire d'abeilles, jusqu'à un total de 4.000.000 d'U. et on combine la malariathérapie jusqu'à un total de 10 accès. Il est confirmé que la pénicilline n'agit pas sur le *Plasmodium vivax*.

M. Mansour.

C. Worster-Drought. — **Pénicilline dans la neuro-syphilis.** *British Medical Journal*, 11 octobre 1947, pp. 559-564.

La pénicilline est un traitement défini et bien établi de la neurosyphilis.

L'expérience acquise actuellement est basée sur le traitement standard appliqué dans les armées anglaises et américaines, en 1944, pour les syphilis récentes. 2.000.000 U. en injections de 40.000, toutes les trois heures pendant 7 jours 1/2. D'après le nombre de rechutes, même dans les syphilis récentes, il est douteux que

cela soit suffisant pour la neurosyphilis; 3.000.000 sont au moins nécessaires et 4 à 5.000.000 dans la syphilis parenchymateuse.

On prouvera peut-être que la concentration sanguine uniforme n'est pas nécessaire pendant tout le traitement, car de bons effets thérapeutiques sont obtenus avec de plus fortes doses : 300.000 toutes les 12 heures et même 500.000 toutes les 24 heures; ceci permettra de traiter les malades de façon ambulatoire pendant 8 à 15 jours.

La voie intramusculaire est la meilleure, l'intraveineuse même en goutte à goutte est à déconseiller. L'injection intrarachidienne n'est pas plus active et peut exposer à des accidents.

Pour éviter les réactions d'Herxheimer, il est préférable de commencer le traitement par une série d'injections bismuthiques. L'action rapide sur les cellules et l'albumine de la ponction lombaire fait penser qu'il existe une action sélective sur les méninges et le liquide céphalo-rachidien.

Dans la neurosyphilis méningo-vasculaire, le traitement pénicillinique doit être immédiatement suivi par un traitement arséno-bismuthé pour éviter des récidives. La paralysie générale doit être traitée par 4 à 5.000.000 U. suivies par la pyrétoou la malariathérapie, et finalement par l'arsenic et le bismuth jusqu'à la négativation des réactions sérologiques.

Dans les cas de paralysie générale où la malaria et la pyrétothérapie sont contre-indiquées pour des raisons cardio-vasculaires, la pénicilline seule doit être employée, une amélioration et non une guérison peut seule être espérée. Dans le tabès aucune amélioration spectaculaire; mais, associée au traitement arséno-bismuthé qui doit être poursuivi pendant deux à quatre ans, on obtient une guérison des symptômes, une disparition des douleurs fulgurantes et des crises gastriques ainsi que la négativation des réactions sérologiques.

L'atrophie optique d'origine syphilitique voit son évolution souvent interrompue par la malariathérapie. La pénicilline seule est incapable de le faire mais ajoute son action à celle de la malaria. Il faut faire 4 à 5.000.000 et avoir 10 à 12 accès, continuer enfin avec l'arsenic et le bismuth.

On doit distinguer la neurosyphilis asymptomatique récente de la tardive. Cette dernière doit être traitée avec la même rigueur que la paralysie générale. Cinq ans de recul au moins sont nécessaires pour pouvoir juger de l'efficacité de ces nouveaux traitements.

M. Mansour.

A. Curtis, R. Burns et D. Norton (Ann Arbor). — **Neurosyphilis : son traitement par la pénicilline seule ou associée à la malariathérapie** (Neurosyphilis : treatment with penicillin alone and with a combination of penicillin and malaria). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 6, novembre 1947, pp. 618-632, 4 tableaux, 6 diagrammes, bibliogr.

118 malades restés observés pendant au moins un an (32 paralysies générales, 32 tabès, 26 tabès-paralysies générales, 13 méningo-vascularites, 15 latents) dont 75 traités par pénicilline seule et 43 par pénicilline-malariathérapie. Ce dernier traitement est nettement plus efficace dans la paralysie générale et la tabo-paralysie générale; les deux paraissent équivalents dans le tabès et dans la névrite optique. La dose habituelle de pénicilline a été de 4.000.000 U. en 100 injections.

A. Touraine.

J. Stokes, H. Steiger et G. Gammon (Philadelphie). — **Trois ans de pénicilline seule dans la neuro-syphilis** (Three years of penicillin alone in neuro-syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **32**, n° 1, janvier 1948, pp. 28-42, 5 tableaux, 4 diagrammes, bibliogr.

361 cas suivis de 90 à 1.100 jours. Les 49 premier cas ont maintenu, à peu près,

en 1946, depuis 1945, leur retour du liquide rachidien à la normale dans 63 o/o, et leur amélioration dans 46 o/o au cas de paralysie générale; les chiffres correspondants sont de 63 et 35 pour la tabo-paralysie générale, de 60 et 33 pour le tabès, de 79 et 47 pour la méningo-vascularite. Au total, retour à la normale ou presque dans 52 à 55 o/o, amélioration nette dans 74 o/o.

L'amélioration clinique a été de 46 o/o dans la paralysie générale, de 35 o/o dans la tabo-paralysie générale, de 33 o/o dans le tabès, de 47 o/o dans la méningo-vascularite. Les résultats sont proportionnels à l'importance et surtout à la répétition des cures; l'amélioration est alors progressive. Il n'y a eu rechute, vers l'état antérieur, que dans 11 o/o. L'action paraît plus nette sur les anomalies du liquide que sur les symptômes cliniques.

Dans la paralysie générale, la pénicilline se montre, à la troisième année, supérieure à l'impaludation; son efficacité paraît la même dans la tabo-paralysie générale et la méningite et plus grande d'un tiers, à la troisième année, dans le tabès. Dans la neuro-syphilis latente, le liquide rachidien revient à ou près de la normale dans 60 o/o des cas en 2 ou 3 ans.

La pénicilline est supérieure aux traitements antérieurs non pyrétogènes (retour du liquide à la normale dans 53 à 41 o/o en 1 à 3 ans, contre 15 à 39 en un an).

Sur 65 tabétiques à douleurs fulgurantes, 65 o/o d'améliorations des douleurs (dont 38 importantes), 35 sans changement. Sur 6 crises gastriques, 3 améliorations, 3 échecs.

La plus grande complication de la pénicillinothérapie est la réaction d'Herxheimer ou choc thérapeutique, surtout dans la paralysie générale à forme démentielle. Les premières doses doivent donc être faibles et progressives : 500 U. par injection, au début, pour atteindre la dose pleine en 5 jours (10.000 U. sont déjà trop).

La cure initiale doit être de 9.600.000 U. par 40.000 à 80.000 U. toutes les deux heures pendant 20 jours.

A. Touraine.

R. Amyot. — **Deux cas de neuro-syphilis traités par la pénicilline.** *Union Méd. du Canada*, **76**, n° 4, avril 1947, pp. 492-495.

Premier cas : méningite syphilitique traitée par 5.000.000 U. Le Bordet-Wassermann devient négatif en 15 jours dans le liquide céphalo-rachidien (de plus : diminution de 50 o/o de la lymphocytose).

Deuxième cas : tabès avec poussée évolutive. Traité par 3.250.000 U. Guérison de la poussée évolutive en 15 jours. Pas d'examen du liquide céphalo-rachidien après le traitement.

Ces deux cas peuvent être considérés comme des succès thérapeutiques (il est à noter, cependant, qu'il s'agissait d'accidents aigus).

L. Golé.

R. Smith (Lancastre). — **Paralysie générale traitée par la pénicilline** (General paralysis of the insane treated with penicillin). *The Lancet*, t. **252**, n° 6455, 17 mai 1947, pp. 665-667, 2 tableaux, courte bibliogr.

Rappel de quelques travaux sur la question. Brèves observations de 7 cas dont 4 traités par une première série de 1.280.000 U. puis par une seconde de 2.400.000 U., 2 par deux séries de 2.400.000 U., 1 par une série de 2.400.000 U.

Amélioration clinique; diminution des protéines et des cellules dans le liquide céphalo-rachidien (sérologie du liquide plus résistante, du sang sans changement).

A. Touraine.

F. H. Zebouni (Beyrouth). — **Pénicilline et neuro-syphilis.** *Revue médicale du Moyen-Orient*, t. **4**, n° 11, suppl. 1946, pp. 627-636, bibliogr.

Deux cas de méningo-myélite (1 parésie spasmodique des membres inférieurs, 1 douleur radiculaire à type gastrique). Traitement 1.200.000 U. en 10 jours et, les 6 premiers jours, 20 à 40.000 U. par voie rachidienne. Grande amélioration clinique ; retour rapide à la normale pour les réactions de floculation, plus lent pour le Bordet-Wassermann, la cytologie et l'albumine du liquide céphalo-rachidien.

A. Touraine

Pénicilline et lésions diverses de la syphilis.

H. Tucker et Th. Farmer (Baltimore). — **La pénicilline dans la syphilis cardio-vasculaire** (Penicillin in cardiovascular syphilis). *Archives of Internal Medicine*, t. **80**, n° 3, septembre 1947, pp. 322-327, bibliogr.

De 1943 à 1947, 22 insuffisances aortiques (doses : 2 à 15.000.000 U. au total, 200 à 800.000 par jour) : 5 réactions fébriles, 2 réactivations d'angine de poitrine. 8 anévrysmes de l'aorte (dose totale : 2 à 10.000.000 U.), pas d'incidents. [Résultats non indiqués. *An.*].

A. Touraine.

P. Robert (Berne). — **De l'action de la pénicilline sur les différentes formes d'ictère au cours de la syphilis et de son traitement.** *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, année **78**, n° 6, 14 février 1948, pp. 123-125, bibliogr.

3 observations, l'une d'ictère syphilitique pur, la deuxième d'ictère après la troisième injection d'arsenic, la troisième d'ictère chez un alcoolique après une série d'injections d'arsenic, toutes trois améliorées rapidement (surtout les deux premières) par une cure de 1.200.000 U. de pénicilline.

A. Touraine.

H. Tucker et D. Dexter. — **Pénicillothérapie de la syphilis gommeuse du foie** (Treatment of gummatous hepatic syphilis with penicillin). *Archiv. of Internal Medicine*, t. **78**, 1946, p. 313.

Guérison rapide dans deux cas avec 930.000 et 3.200.000 U.; disparition « dramatique » des manifestations aiguës. Maintien de la guérison 686 et 491 jours plus tard.

A. Touraine.

H. M. Weyrauch. — **La pénicilline dans les infections non gonococciques de l'appareil uro-génital** (Penicillin in non-gonococcal infections of the urogenital tract). *California Medicine*, septembre 1946.

Le vaste groupe des bacilles grams-négatifs qui sont si fréquents dans les infections génito-urinaires est entièrement réfractaire à la pénicilline, quel que soit le taux de concentration atteint dans le sang et les tissus.

A. Touraine.

L. Goldberg. — **Traitement de l'hémoglobinurie paroxystique par la pénicilline** (Treatment of paroxysmal hemoglobinuria with penicillin). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 2, mars 1947, pp. 163-165, courte bibliogr.

Lorsqu'elle est d'origine syphilitique, l'hémoglobinurie paroxystique peut être traitée avec succès par la pénicilline. L'auteur en rapporte un cas chez un homme de 26 ans, à sérologie positive; très grande amélioration [probable, *An.*] après 3.600.000 U. en 11 jours.

A. Touraine.

J. Boucomont. — **Ostéopathies syphilitiques et Pénicilline.** *Pédiatrie*, année **36**, n°s 1-2, janvier-février 1947, pp. 25-27.

Trois observations concernant des nourrissons chez lesquels le traitement par pénicilline s'est révélé actif sur l'ostéo-chondrite et les gommes. En revanche, aucune action sur les réactions sérologiques, les périostites et sur le poids de l'enfant.

Jean Lacassagne.

A. Richard (Paris). — **La pénicilline en stomatologie.** *Actualités odonto-stomatologiques*, année **1**, pp. 5-17.

Étude générale de la pénicillothérapie et de ses applications particulières en stomatologie. Résumé de l'expérience de l'auteur dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la mâchoire, l'ostéite diffuse du maxillaire supérieur, les ostéophlegmons et suppurations graves diverses, les accidents de la dent de sagesse, les stomatites ulcéro-nécrotiques, les cheilites aiguës, etc. Utilisation efficace des pastilles dans un cas de péri-coronarite.

A. Touraine.

Pénicilline dans la grossesse et chez l'enfant.

M. Speiser, G. Flaum, D. Moon-Adams et E. Thomas. — **Pénicillothérapie de la syphilis pendant la grossesse** (Penicillin for syphilis in pregnancy). *Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 6, juin 1947, pp. 108-119, 7 tableaux, bibliogr.

149 femmes traitées pendant la grossesse (123 syphilis en activité, 26 syphilis latentes) : 114 enfants normaux, 16 probablement non syphilitiques (suivis moins de 16 semaines), 10 avortements ou accouchements prématurés, non dus à la syphilis, 6 avortements de cause inconnue, 2 enfants syphilitiques (traitement trop faible : 1.200.000 U. pour l'un d'eux) ; 22 enfants à sérologie positive à la naissance.

84 femmes traitées 1 à 20 mois avant la grossesse : 73 enfants normaux, 8 probablement non syphilitiques, 4 avortements non dus à la syphilis, 1 enfant syphilitique (après 1.200.000 U.) ; 3 enfants à sérologie positive.

26 femmes en rechute clinique de syphilis pendant la grossesse : 20 enfants normaux, 3 probablement non syphilitiques, 3 avortements non dus à la syphilis ; 6 enfants à sérologie positive.

Les résultats défectueux ont suivi des cures de moins de 2.400.000 U. Le dosage habituel est de 4.000.000 U. en 100 injections de 40.000 U. tous les 3 heures.

A. Touraine.

N. Ingraham jun., E. Kirk Rose, H. Beerman, V. Wammock, J. Stokes et P. György (Philadelphie). — **Traitement de la syphilis des femmes enceintes par la pénicilline dans l'huile-cire d'abeille. Comparaison avec les résultats obtenus avec les solutions aqueuses de pénicilline** (Treatment of the syphilitic pregnant woman with penicillin in oil-beeswax : a comparison with results obtained using aqueous sodium penicillin). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 8, août 1947, pp. 155-161, 3 tableaux, courte bibliogr.

Technique : 4.800.000 U. en 9 jours (150.000 U. le premier jour, 450.000 le deuxième, 600.000 les suivants), une seule injection par jour.

Résultats : 45 mères ont reçu 4.800.000 U. de pénicilline-retard en 9 jours. Les résultats totaux sont à peu près les mêmes qu'avec la pénicilline en solution aqueuse ; échecs dans 4,9 o/o ; 2 naissances d'enfants vivants syphilitiques. Il semble que la pénicilline-retard est moins efficace que l'aqueuse, contre la syphilis récente à symptômes, aux stades terminaux de la grossesse si le fœtus est infecté. Les risques d'infection du fœtus semblent croître en proportion de l'activité symptomatique de la syphilis de la mère : 3 enfants vivants syphilitiques (5 o/o) pour 60 mères à syphilis symptomatique récente, 1 enfant syphilitique (1,6 o/o) pour 60 mères en syphilis latente récente, 0 enfant syphilitique pour 18 mères en syphilis tardive.

A. Touraine.

H. C. S. Aron, R. L. Barton et T. J. Bauer. — **Syphilis prénatale. Sa prophylaxie par la pénicilline chez les femmes enceintes atteintes de syphilis récente** (Its prevention play use of penicillin in treatment of pregnant women with early infections syphilis). *Arch. of. Derm. and Syph.*, **56**, n° 3, septembre 1947, pp. 349-356.

Les conclusions des auteurs sont comparables à celles de récentes statistiques.

publiées dans le *J. A. M. A.* Sur 35 enfants nés après traitement de la mère (2.400.000 U.) : aucun cas de syphilis congénitale, un mort-né (soit échec dans 2,8 o/o). Par contre, sur 28 enfants dont les mères avaient été traitées par diverses méthodes d'arsénothérapie, il y eut 3 cas de syphilis congénitale nette (échec dans 10,7 o/o).

Pour les 3 groupes (Chicago, Philadelphie, Baltimore) : échec dans 2,1 o/o, contre 15 o/o d'échecs par l'arsénothérapie dans la statistique de Goodwin et Moore.

L. Golé.

E. Kirk Rose, P. György et N. Ingraham (Philadelphie). — **La pénicilline dans le traitement du nourrisson syphilitique** (Penicillin in the treatment of the syphilitic infant). *Journal of Pediatry*. t **29**, novembre 1946, pp. 567-584, 2 figures, 2 tableaux, courte bibliographie.

Étude de 36 enfants, dont 17 avec éruption caractéristique, tous avec sérologie fortement positive et 30 avec lésions radiologiques des os longs. Les doses totales ont été d'abord de 16.000 U. par livre de poids, puis 40.000 et même de 70.000 U.; l'insuffisance des résultats les a fait porter à un minimum de 75.000 U. Injections toutes les 3 heures, au début pendant 7 jours, plus tard pendant 15. Pas d'autre traitement.

Bons résultats cliniques chez 32 enfants, disparition des tréponèmes en 24 heures; les insuccès ont été dus à la débilité, à l'anémie, aux difficultés de l'alimentation. La sérologie est devenue négative en 260 jours après une dose totale inférieure à 20.000 U. par livre, en 154 jours après une dose plus forte. Les lésions osseuses ont montré 3 fois (dactylite) une aggravation au début du traitement, avant de régresser. 5 morts au cours du traitement, dont 4 chez les athrepsiques ou par infection intercurrente.

Aucune rechute pendant un an, au lieu de 15 o/o chez l'adulte, ce qui fait penser aux auteurs que, chez l'adulte, il doit s'agir plus de réinfection que de rechute ou que l'immunité est plus facile à acquérir par l'enfant que par l'adulte.

Il y a eu réaction fébrile dans 7 cas, généralement 6 à 8 heures après le début du traitement, le plus souvent brève et sans rapport avec l'âge du malade, ni avec la dose de pénicilline. Cette réaction d'Herxheimer n'est pas dangereuse.

A. Touraine.

R. Platou, A. Hill jun., N. Ingraham, M. Goodwin, E. Wilkinson et A. Hansen (New-Orléans). — **Résultats de la pénicillothérapie dans la syphilis congénitale du nourrisson, nouvelles observations** (Effect of penicillin in the treatment of infantile congenital syphilis, further observations). *The American Journal of Diseases of Children*, t. **72**, décembre 1946, pp. 635-648 et *Quarterly Review of Pediatrics*, t. **2**, n° 3, août 1947, pp. 478-479.

191 cas en 2 ans (dont 168 nègres), entre 11 jours et 13 mois.

Doses : 770 à 150.000 U. par kilogramme et par injection.

Réaction fébrile dans 46 o/o, 2 urticaires, 1 convulsion, 1 néphrite, 1 réaction d'Herxheimer, 2 aggravations.

La pénicilline est d'action plus rapide et plus puissante que l'arsenic. 6 rechutes purement sérologiques, 5 rechutes cliniques et sérologiques; 24 morts pendant ou après le traitement (dont 6 avec lésions syphilitiques améliorées ou guéries). Le dosage recommandé est d'au moins 100.000 U. par kilogramme, réparties en 120 injections, toutes les 3 heures.

A. Touraine.

M. Levin. — **Les progrès dans la pénicillothérapie de la syphilis congénitale** (Progress Report on Treatment of Congenital Syphilis with Penicillin). *Chicago pediatric Society*, 16 avril 1946. *American Journal of Diseases of Children*, t. **73**, n° 1, janvier 1947, pp. 125-126.

99 enfants (66 de 4 mois ou moins, 16 de 5 à 12 mois, 7 de 1 à 2 ans, 10 de

2 à 8 ans). Dose totale 800.000 U. en injections de 12.500 U. toutes les 3 heures pendant 8 jours. Négativation de la sérologie chez 36 enfants de moins de 4 mois, 3 de 6 à 8 mois, 1 de 1 à 2 ans; sans rechute ultérieure. Une réaction fébrile passagère.

A. TOURAINE.

X... — **La pénicilline dans la syphilis congénitale** (Penicillin for congenital syphilis). *British Medical Journal*, 26 juillet 1947, p. 160.

QUESTION : La pénicilline a-t-elle une valeur dans le traitement de la syphilis congénitale ? Si oui, quelle dose préconisez-vous pour un enfant de quatre ans ?

RÉPONSE : Oui, la pénicilline est probablement l'agent thérapeutique le plus actif dans la syphilis congénitale, mais il est sage de compléter le traitement par l'arsenic et le bismuth. La dose totale doit être de 100.000 U. par kilogramme de poids. Elle doit être étagée sur une période de douze jours, à intervalles réguliers, en solution huileuse ou aqueuse; dans ce dernier cas les injections seront faites toutes les trois heures.

M. MANSOUR.

J. GRAUBOIS. — **La pénicilline dans la syphilis congénitale.** *Union Méd. du Canada*, **76**, nº 10, octobre 1947, pp. 1207-1211.

Statistique de 20 cas traités par une dose totale de 80.000 à 100.000 U. par kilogramme chez les enfants de moins de 10 ans et de 2 à 6.000.000 chez les enfants plus âgés.

Action rapide sur les lésions osseuses; succès dans 3 cas sur 4 de kératite interstitielle.

Intérêt de la pénicilline associée à la malaria et au stovarsol dans un cas de paralysie générale juvénile.

Résultats sérologiques nécessitant le recul des années. Intérêt de l'association pénicilline-bismuth.

L. GOLÉ.

R. V. PLATON, A. J. HILL, N. R. INGRAHAM, etc. — **Les effets de la pénicilline dans le traitement de la syphilis congénitale infantile** (Effect of Penicillin in treatment of Infantile Congenital Syphilis). *American Journal of Diseases of Children*, t. **72**, décembre 1946, p. 635.

Platon et ses collaborateurs ajoutent à leurs observations 122 cas nouveaux de syphilis congénitale traités par les Universités de la Nouvelle Orléans, Philadelphie, Baltimore et Galveston. Le nombre total de cas est ainsi porté à 191. La pénicilline semble le meilleur médicament pour le traitement de la syphilis congénitale infantile. Les doses totales employées ont varié entre 20.000 et 150.000 U. par kilogramme de poids. Il est recommandé d'employer des doses de 40.000 U. par kilogramme au moins et que le traitement comprenne 60 injections au moins, toutes les 3 heures. Des doses de 80.000 U. ou plus par kilogramme en 120 injections faites toutes les 3 heures pendant 15 jours n'ont pas encore été évaluées au point de vue des résultats.

Les réactions de cette thérapeutique ont paru sans importance. Seulement un petit nombre des enfants traités ont eu une sérologie négativée pendant ou peu après le traitement, le nombre de sérologies négativées augmente à chaque mois d'observation depuis au moins 18 mois. Des examens périodiques sont nécessaires pour dépister le petit nombre de rechutes nécessitant une nouvelle thérapeutique. Les décès ne semblent pas être dus à l'emploi de la pénicilline.

M. BALTER.

A. J. Hill, R. V. Platon et J. T. Kometani. — **La pénicilline dans la syphilis osseuse congénitale** (Penicillin in osseous congenital syphilis). *Journal of Pediatrics*, t. **30**, mai 1947, p. 547.

Hill et ses collaborateurs montrent que la syphilis congénitale osseuse est un processus dynamique qui croît et décroît à mesure que le nourrisson grandit. Des contrôles furent effectués par des radiographies (134) sur 98 nourrissons avant le traitement pénicilliné.

L'examen de la courbe totale de la sévérité des lésions non traitées montre que la période d'accroissement de la gravité se situe entre 1 et 90 jours d'âge, la période de diminution rapide de gravité se place entre 91 et 210 jours d'âge; entre 211 et 365 jours le déclin de gravité devient modéré, il devient lent entre 13 et 24 mois.

L'amélioration résulte de la diminution de la gravité de l'ostéomyélite et de l'ostéochondrite; les modifications périostées augmentent en masse pendant une période plus longue et persistent en tant que séquelles communes. L'évolution d'une lésion donnée ne peut être déterminée avec précision. Les doses de pénicilline employées ont temporairement hâté l'amélioration de la syphilis osseuse seulement chez les nourrissons traités au cours des 3 premiers mois de la vie. Cette accélération survient principalement dans l'ostéochondrite et l'ostéomyélite; une amélioration simultanée de la périostite a seulement une signification. Il n'y eut pas d'effets aussi visibles chez les enfants traités durant les 4 mois suivants. Le mode de guérison pour une lésion d'un type particulier, comme celles décrites ici, n'a pas été déterminé.

L'accroissement de la gravité de ces lésions au cours ou peu après le traitement pénicilliné survient dans un groupe d'un âge tel qu'on aurait pu s'y attendre en dehors du traitement.

La pseudoparalysie disparaît sans changements spécifiques dans les radiographies; par ailleurs, les lésions osseuses peuvent même sembler pires après que la pseudoparalysie a été améliorée. M. Balter.

A. Hill jr., R. Platon et J. Kometani (Nouvelle-Orléans). — **Syphilis congénitale des os ; effets de la pénicilline sur la fréquence des guérisons** (Osseous congenital syphilis. Effects of penicillin on rate of healing). *The Journal of Pediatrics*, t. **30**, nº 5, mai 1947, pp. 547-563, 10 fig., 12 tableaux, bibliogr.

Classification de ces lésions en ostéochondrite (8 types), ostéomyélite (4 types), périostite (4 types). Maximum de gravité dans les 3 premiers mois de la vie puis lente diminution progressive, sauf pour la périostite de durée beaucoup plus longue et qui laisse des séquelles. Impossibilité de prévoir l'évolution de chaque cas individuel.

La pénicilline n'améliore temporairement les lésions que chez l'enfant de moins de trois mois, encore faut-il faire des réserves pour la périostite. La pseudo-paralysie ne guérit pas toujours sans laisser des lésions osseuses importantes.

A. Touraine.

Incidents et échecs de la pénicillinothérapie.

Fromer. — **Réactions au cours du traitement de la syphilis par la pénicilline** (Reaction in the treatment of syphilis with penicillin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, nº 3, mars 1947, pp. 385-390.

Pour les auteurs, il y a lieu de classer ces réactions sous deux chapitres différents : les réactions déterminées directement par la pénicilline et les réactions

déterminées indirectement par cette médication et dues aux produits de destruction des spirochètes.

Keefer a signalé que 2 à 5 o/o des malades traités par la pénicilline ont présenté de l'urticaire, réaction qui peut dépendre de la variété employée. Les réactions par application locale sont bien connues (Michie et Bailie). On a décrit la dermatite bulleuse, les œdèmes, érythèmes, etc....

Stokes affirme que la réaction d'Herxheimer survient au moment de la destruction la plus importante des spirochètes par un agent antisyphilitique; on a supposé que cette réaction correspond à une libération accrue de toxines, par des spirochètes encore vivants, ou bien elle est due aux produits protéiniques de décomposition et aux endotoxines résultant de leur destruction. Elle a été observée très fréquemment au cours de la pénicillothérapie de la syphilis. Dans une étude récente Leefer et Martin l'ont notée dans 85 o/o des cas.

La statistique de l'auteur porte sur 70 cas.

Parmi les réactions dues directement à la pénicilline, il faut distinguer :

1° *Les réactions à type de prurit*, plus ou moins généralisé, avec sécheresse de la peau et éruption érythémateuse fugace.

2° *Les réactions dermatophytiques* ont été notées chez les malades atteints d'affections mycosiques. Dans certains cas, ces affections dermatophytiques ont été déclenchées après quelques jours de traitement par la pénicilline chez des malades qui en étaient exempts auparavant.

3° *Certaines réactions surviennent alors que le traitement est terminé* (urticaire avec œdème généralisé et bulles, 12 heures à 24 heures après).

Les réactions indirectement dues à la pénicilline se résument dans *la réaction d'Herxheimer* : elle survient dans 90 o/o des cas : fièvre, frissons, œdème périlésionnel, nausées, céphalée et arthralgies. Elle peut survenir de 2 à 8 heures après le début du traitement et durer 12 à 24 heures. On note aussi une exacerbation des lésions secondaires. En somme, cette réaction d'Herxheimer ne présente aucun caractère particulier à cette médication. L. Golé.

X... — **Réactions allergiques à la pénicilline** (Allergic reactions to penicillin). *British Medical Journal*, janvier 1947, pp. 110-111.

R. A. Murray Scott, le 13 décembre 1946, donne à un garçonnet de 4 ans et demi, pour une angine, des pastilles à la pénicilline. Le 15, lèvres œdématiées et urticaire, arrêt de la pénicilline; le lendemain disparition de l'urticaire. Le 14 décembre, le père de l'enfant s'étant plaint de chatouillements dans la gorge, l'auteur lui avait prescrit de la pénicilline buccale; deux jours après, enflure du genou gauche et légère hydarthrose; la pénicilline fut continuée et le genou droit fut également atteint; arrêt de la pénicilline et tout rentre dans l'ordre dans les 24 heures.

J. N. Turnbull : un malade entre, le 14 octobre 1946, pour une infection aiguë de la cheville droite consécutive à une ancienne plaie par balle, reçoit 500.000 U. en cinq jours. Urticaire le 22 novembre qui guérit par le benadryl. La pénicilline avait été continuée localement seulement jusqu'au 22 novembre.

M. Mansour.

E. Holden. — **Réaction allergique à la pénicilline** (Allergic reaction to penicillin). *The New-England Journal of Medicine*, t. **232**, n° 21, 22 mai 1947, pp. 796-798, bibliogr.

Fréquence de l'urticaire : 0 sur 187 pour Florey, 14 sur 500 pour le Comité national de recherches, 12 sur 209 pour Lyons, 0,8 o/o sur 182 pour Stokes. Réaction d'Herxheimer fébrile ou cutanée : 57 o/o sur 1.418 syphilitiques pour Moore.

Sur 2.000 soldats soignés longuement par Cormia : 6 urticaires, 3 maladies du

sérum, 2 éruptions érythémato-vésiculeuses, 1 érythème noueux, 5 miliaires; tests cutanés positifs dans 57 o/o sur 116 sujets. Divers autres incidents sont cités (dermatite aiguë, eczéma, etc.).

Observation d'un homme de 52 ans. 30.000 U. toutes les 3 heures pendant 4 jours ; 3 jours plus tard, rash roséoliforme non prurigineux qui disparaît en 3 jours.

A. Touraine.

S. Olansky. — **Les réactions d'Herxheimer après doses relativement faibles de pénicilline** (The Herxheimer reactions of relatively small doses of penicillin). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **28**, n° 2, février 1947, pp. 26-27.

Dans 6 cas traités par 1.000 U. toutes les 3 heures pendant 1 ou 2 jours, apparition en 1 ou 2 heures de frisson, de température élevée, de céphalée, de malaise, le tout d'ailleurs passager.

A. Touraine.

R. Meara (Londres). — **Sensibilité cutanée pour les préparations à la pénicilline** (Skin sensitivity to penicillin preparation). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **60**, n° 1, janvier 1948, pp. 14-17.

Homme de 54 ans, dermite externe des bras et des jambes. Crème à la pénicilline ; le jour suivant, forte eczématisation puis phlébite et périphlébite. Pénicilline en injections de 50.000 U. ; en 36 heures, éruption maculo-papuleuse du tronc. Tests cutanés négatifs à la pénicilline et à l'excipient, positifs à la réunion des deux.

Femme de 48 ans, engelure. Crème à la pénicilline, vive inflammation bulleuse locale. Tests négatifs à la pénicilline, positifs à l'alcool contenu dans la pommade.

Homme de 27 ans, dermatite récidivante. Crème à la pénicilline, érythème et vésicules *in situ*. Tests négatifs à la pénicilline, à l'alcool, à la cire, positifs au chlorocrésol de l'excipient.

A. Touraine.

I. A. G. Macqueen. — **Réaction pénicillinique retardée** (Delayed reaction to penicillin). *British Medical Journal*, 22 mars 1947, p. 390.

Fillette de 5 ans avec bronchopneumonie de la coqueluche, reçoit 400.000 U. du 15 au 19 décembre 1946. Petite rechute 10 jours plus tard, on lui donne 8 grammes de sulfathiazol du 30 décembre au 4 janvier. Le 27 janvier, soit 39 jours après la pénicilline et 23 jours après le sulfathiazol, éruption généralisée rose, surtout marquée au niveau des points d'injection de la pénicilline, œdème des mains, lèvres et des paupières, température 38°3-39°4; de plus un gros bronchospasme amélioré passagèrement par l'adrénaline. Il n'y avait pas d'arthralgies, ni d'hydarthrose, ni adénite, ni ictère, les urines étaient normales. L'œdème dura jusqu'au 1er février.

M. Mansour.

L. Steingold (Glasgow). — **Urticaires par pénicilline intramusculaire** (Urticarial reactions to intramuscular penicillin). *The Lancet*, t. **252**, n° 6460, 21 juin 1947, pp. 868-869, bibliogr.

Étude de 4 cas personnels, dont 3 au cours d'une première cure.

Les tests intradermiques font penser qu'il s'agit d'une réaction vis-à-vis d'impuretés de préparations commerciales. Des recherches de contrôle montrent qu'il ne s'établit pas de sensibilisation vis-à-vis d'aucune préparation de pénicilline. Dans deux de ces cas, il existait du dermographisme. Rappel des travaux de plusieurs auteurs qui confirment ces conclusions.

La fréquence de l'urticaire au cours de la pénicillothérapie est évaluée à 3 o/o par Dawson et Hobby, à 1 puis à 6 o/o par Pillsbury; plus grande au cas d'une deuxième cure. Cette urticaire obéit bien au benadryl ou à la pyribenzamine à la dose de 5 à 10 centigrammes 3 fois par jour.

A. Touraine.

J. Owen Reid. — **Œdème angioneurotique comme séquelle possible de l'administration de pénicilline** (Angioneurotic œdema as a possible sequel to penicillin administration). *British Medical Journal*, 29 novembre 1947, p. 870.

Histoire d'une jeune femme qui reçut 16.000.000 U. O. pour une septicémie, à raison de 50.000 toutes les 4 heures, et qui, dès le 12e jour, se plaignit de douleurs au côté droit du cou et le lendemain œdème de la région. Après l'arrêt de la pénicilline, au 19e jour, réapparition des phénomènes avec vomissements, et malgré toutes les recherches l'auteur ne trouva aucune autre cause déclenchante possible que la pénicilline.

M. Mansour.

J. L. Callaway et S. W. Barefoot. — **Etudes d'immunologie sur les malades présentant une urticaire associée à la thérapeutique pénicillinée** (Immunologic studies on Patients developing urticaria associated with Penicillin Therapy). *Journal of Investigative Dermatology*, t. **7**, décembre 1946, p. 285.

Les auteurs rapportent 5 observations d'urticaire associée à un traitement pénicilliné chez 2 hommes âgés de 26 et 44 ans et 3 femmes âgées de 17 à 42 ans. On étudia les malades au point de vue hypersensibilité et anticorps circulants à la pénicilline sodique par des tests cutanés et des tests de précipitation.

Tous les tests cutanés furent négatifs, les tests de précipitation n'étaient pas concluants. Dans ces études immunologiques les auteurs ont pu employer chez 2 malades une pénicilline identique à celle avec laquelle ils avaient été traités et à laquelle ils avaient réagi cliniquement. Chez ces malades les tests n'étaient pas différents de ceux des 3 autres malades chez lesquels on ne connaissait pas la pénicilline injectée. Dans tous les cas l'urticaire fut améliorée par le benadryl. Les auteurs pensent que ces malades présentaient une quantité excessive d'histamine qui a provoqué l'urticaire; mais les expériences prouvent que l'urticaire ne peut être attribuée à une réaction antigène-anticorps.

M. Balter.

D. M. Pillsbury, H. P. Steiger et T. E. Gibson. — **Conduite à tenir devant l'urticaire due à la pénicilline** (The Management of Urticaria due to Penicillin). *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, n° 17, 26 avril 1947, pp. 1255-1258.

La réaction la plus fréquente de la sodium-pénicilline par voie parentérale est l'urticaire.

Les premières observations à ce sujet furent publiées par Keefer et ses collaborateurs (*J. A. M. A.*, t. **122**, 28 août 1943, pp. 1217-1224). Dawson et Hobby ont observé 3 cas d'urticaire chez les 100 premiers malades traités à la pénicilline (*J. A. M. A.*, t. **124**, 4 mars 1944, pp. 611-627). Ces auteurs ont pensé que les réactions allergiques de la pénicilline étaient dues à des impuretés du mélange mais cette théorie n'a pu encore être démontrée ni infirmée.

L'expérience des auteurs de cet article montre que les réactions à la pénicilline se rencontrent plus souvent chez les malades ayant eu des séries répétées de ce médicament; que certains malades qui ont présenté une réaction urticarienne à la pénicilline peuvent tolérer une thérapeutique ultérieure à ce produit, alors que d'autres ne le peuvent pas; que les tests cutanés à la pénicilline ne permettent pas de prévoir les réactions ultérieures à une nouvelle administration du produit; que les composés antihistaminiques et en particulier le benadryl sont efficaces pour le traitement de l'urticaire par pénicilline et que parfois les réactions urticariennes peuvent être persistantes et sévères.

Des réactions allergiques de types divers ont été notées après l'administration d'une grande variété de médicaments et certains principes ont été établis sur la base d'une énorme expérience dans cette branche de la dermatologie et allergie. Cependant ces principes sont souvent en défaut avec les médicaments nouveaux

et peuvent exposer les malades à des risques inutiles. Sulzberger et Baer (*The 1945 Year Book of Dermatology*, pp. 7-36) ont publié un résumé des réactions aux médicaments et une revue des principes qu'ils ont établis dans la conduite à tenir chez les malades présentant des réactions à la pénicilline. En particulier on doit tenir compte que : 1° Presque tout composé chimique ou biologique a un pouvoir de sensibiliser des tissus variés du corps humain ; 2° Une réaction notée pendant ou après l'emploi d'un produit peut ne pas nécessairement survenir après un nouvel emploi de ce produit ; 3° Les réactions cutanées à un médicament peuvent varier énormément, cependant certains médicaments ont une réaction qui est notée le plus souvent après leur administration ; 4° Il y a une période variable d'incubation entre l'administration initiale d'un produit et la démonstration de la sensibilisation ; cette période n'est presque jamais inférieure à 5 jours mais peut durer des mois ou des années ; 5° Les tests cutanés sont souvent des indications sans valeur pour montrer la tolérance du malade à une administration ultérieure du produit en cause ; 6° Il peut y avoir un délai considérable dans l'apparition d'une éruption due à un produit après son administration à un malade et également l'éruption peut persister assez longtemps après que le malade a été privé du médicament allergisant.

Les produits antihistaminiques, benadryl et pyribenzamine, constituent un progrès dans les méthodes de traitement des réactions allergiques en général et de l'urticaire due à la pénicilline en particulier.

Dans les premiers 824 cas de syphilis traités à la pénicilline à l'Institut des Maladies Vénériennes de Pennsylvanie, il y eut 15 cas d'urticaire c'est-à-dire 1,8 o/o. Chacun des 824 malades reçut au moins 1.200.000 U. de pénicilline en 7 jours 1/2 ou plus et fut revu régulièrement. L'urticaire semble être en augmentation : sur 200 malades traités de novembre 1943 à août 1944, 2 cas ; sur 200 malades traités d'octobre 1945 à mai 1946, 12 cas.

Les 15 malades ayant eu des réactions urticariennes ont tous affirmé n'avoir pas eu d'autres troubles allergiques auparavant. L'un d'entre eux présenta une urticaire après chacune de ses 2 séries de pénicilline ; un autre présenta une réaction morbiliforme le 5e jour de sa première série ; 7 malades ont présenté l'urticaire après la 2e série, alors qu'ils avaient supporté la 1re sans réaction, 5 ont eu la réaction seulement à la 3e série et 1 malade après la 4e série.

Pour illustrer la démonstration, les auteurs citent les observations de 5 cas traités par le benadryl et la pyribenzamine, presque tous avec succès.

M. Balter.

J. Bonnet et Davin. — **Syphilis secondo tertiaire pénicillo-résistante.** *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 6 décembre 1946, in *La France Médicale*, janvier 1947, n° 1, p. 24.

Un homme reçoit 3 traitements intensifs par la pénicilline, l'un au moment du chancre, les deux autres pour des accidents secondaires. Chaque fois, régression rapide des accidents mais persistance de la sérologie. Un an et demi plus tard, nouvelle poussée de syphilides, avec Wassermann fortement positif. Nécessité d'adjoindre un autre médicament à la pénicilline. A. Touraine.

R. Hahn (Baltimore). — **Un cas de pénicillo-résistance dans une syphilis gommeuse tardive** (Late gummatous syphilis resistant to treatment with penicillin : case report). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 542-544, courte bibliogr.

Un nègre de 36 ans, syphilitique depuis 11 ans, a une gomme de la verge depuis 4 semaines. 4.800.000 U. de pénicilline en 16 jours et 32 grammes de sulfathiazol ; pas d'amélioration clinique ; sérologie encore positive 9 mois plus tard.

A. Touraine.

Pénicillinothérapie expérimentale.

H. Beerman (Philadelphie). — **Action de la pénicilline sur le « Treponema pallidum »** (The action of penicillin on treponema pallidum). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **214**, n° 4, pp. 442-457, longue bibliographie.

Importante revue générale sur l'action de la pénicilline sur le tréponème *in vitro* (déjà au taux de 0,01 U. par centimètre cube; mort de 99 o/o des tréponèmes à la concentration de 0,01 à 0,25 U. par centimètre cube; activité respective des pénicillines F, G, K, X : 82, 100, 120, 140), *in vivo* chez l'animal (déjà au taux de 0,078 U. par centimètre cube, variable selon le mode d'administration, le type de pénicilline, l'adjonction d'arsenic ou de bismuth, de pyrétothérapie, pénicillo-résistance, etc.).

Article impossible à analyser tant sont nombreux les documents cités. A lire dans le texte. A. Touraine.

X... — **Action de la pénicilline sur le tréponème syphilitique** (Accion de la penicilina sobre el treponema sifilitico). *La Prensa Medica Argentina*, vol. **36**, n° 13, mars 1947, pp. 604-605. Bibliogr.

Eagle et Masselman étudiant l'action de la pénicilline sur une culture de tréponèmes de la souche Reiter notent que l'action spirochéticide se manifeste à une concentration de 0 U. 01 par centimètre cube. Elle augmente et atteint son maximum à 0 U. 25 par centimètre cube. Dès le début, les germes perdent leur viabilité mais conservent leurs mouvements. Un peu plus tard, on note la disparition de leur rotation autour de leur axe (observations de Dunham et Rake sur des suspensions faites avec des prélèvements sur le testicule du lapin syphilitique). Les mouvements de flexion disparaissent ensuite. Il semble que le mécanisme réglant la reproduction du spirochète soit plus sensible à la pénicilline que celui qui régit sa motilité.

Dans la syphilis humaine, Sleeper, Frazier et Frieden notent, peu de minutes après l'injection de pénicilline, une plus grande proportion de formes larges.

On ne connaît pas la concentration minima nécessaire pour obtenir une action tréponémicide *in vitro*. L'immobilisation des germes se fait à des concentrations plus basses avec les pénicillines moins pures qu'avec la pénicilline G cristallisée. *In vivo* une concentration de 0 U. 01 à 0 U. 04 par centimètre cube dans le sérum est suffisante pour faire disparaître les tréponèmes des lésions superficielles (Mc Dermott, Benoit et Dubois). Une concentration de 0 U. 078 s'obtient pendant 90 minutes avec une injection intramusculaire de 20.000 U. et durant 120 minutes avec 40.000 U.

La pénicilline est inactivée par son contact avec la cystéine ou l'acide thioglycolique (Cavallito et Bailey). Cette notion laisse entrevoir que l'action de la pénicilline sur le tréponème est peut-être semblable à celle des arsenicaux. Cependant, tandis que l'inactivation du salvarsan par la cystéine est immédiate, celle de la pénicilline par la même substance ne se réalise que lentement.

J. Margarot.

Tsun-Tung et Ch. Frazier. — **Sensibilité à la pénicilline et morphologie de la souche Reiter de « Treponema pallidum » après culture dans des milieux renfermant de la pénicilline** (Penicillin sensitivity and morphology of the Reiter strain of *T. pallidum* after cultivation in media containing penicillin). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Disease*, t. **30**, mai 1946, pp. 205-210.

Une culture de cette souche est additionnée, à dose sublétale, d'une solution de pénicilline dans un milieu au thioglycolate. Après 72 heures à l'étuve à 37°, les

cultures sont transplantées dans des concentrations diverses de pénicilline. Il ne se fait pas d'accoutumance du tréponème, même après 15 passages. La dose sublétale est de 0,05 à 0,1 unité Oxford par millimètre cube de milieu; la dose spirochétostatique est d'environ 0,125 U. Certains tréponèmes prennent une longueur prodigieuse, sans flagelles et se meuvent très lentement; mais ils sont de durée brève car ils apparaissent en 24 heures dans les cultures et disparaissent progressivement après 72 heures. Les résultats sont les mêmes qu'il s'agisse de pénicilline ordinaire ou purifiée. A. TOURAINE.

X... — **La Résistance acquise du Tréponème pâle à la pénicilline** (Acquired Penicillin Resistance of Treponema pallidum). *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, n° 17, 26 avril 1947, pp. 1282-1283.

Le tréponème présente-t-il une résistance acquise à la pénicilline ? Kolmer et Rule (*Proc. Soc. Expér. Biol. et Méd.*, t. **63**, novembre 1946, p. 240) ont procédé à des expériences à ce sujet.

Ils inoculent des lapins avec la souche Nichols-Hough du tréponème pâle par voie intratesticulaire. 5 semaines après, environ, les lapins présentent une orchite aiguë syphilitique avec ultra-microscope fortement positif. Les lapins furent traités à la pénicilline du commerce, en solution aqueuse en 3 injections intramusculaires pour 10 doses entre 1.000 et 5.000 U. par dose, c'est-à-dire 10.000 et 50.000 U. par kilogramme de poids (dose minimum curative). Les lapins ayant reçu moins de 10.000 U. montrèrent une guérison temporaire avec disparition des tréponèmes à l'ultra du 7e au 14e jour puis se produisit une rechute et on retrouva les tréponèmes à l'ultra-microscope.

3 semaines après un second groupe de lapins fut inoculé avec un prélèvement testiculaire des lapins en rechute. Tous présentèrent une orchite syphilitique aiguë avec ultrapositif. Ils furent traités par une dose de pénicilline semblable à la première. De nouveau il y eut guérison clinique apparente et rechute clinique environ 2 semaines plus tard.

L'opération fut refaite sur un 3e et un 4e groupe de lapins.

Enfin un 5e groupe de lapins fut inoculé avec l'extrait testiculaire du 4e groupe et on redétermina la dose curative minima de pénicilline. Les lapins de ce groupe reçurent des doses totales entre 10.000 et 50.000 U. par kilogramme et devinrent négatifs d'une façon permanente. La cure définitive fut contrôlée par une inoculation de ganglion lymphatique. Dans les limites des erreurs expérimentales les résultats furent identiques avec les titrages thérapeutiques de contrôle sur les lapins inoculés avec le produit infectieux d'origine. Kolmer et Rule en concluent que le tréponème pâle ne montre pas de résistance acquise à la pénicilline après 3 passages consécutifs dans les testicules de lapin traités par des doses non curatives de pénicilline du commerce.

Cette conclusion s'accorde avec celle de Tung et Frazier (*Am. Journ. Syph. Gonor. a. Ven. Dis.*, **30**, mai 1946, p. 205) qui ont trouvé que les cultures de tréponème pâle ne montraient pas de résistance accrue à la pénicilline après avoir été soumises à 15 passages à travers des milieux contenant des concentrations substérilisantes de ce produit. M. BALTER.

Th. TURNER, M. CUMBERLAND et HUAN-YING LI (Baltimore). — **Activité comparative des pénicillines G, F, K et X dans la syphilis expérimentale déterminée par une méthode rapide « in vivo »** (Comparative effectiveness of penicillins G, F, K, and X. in experimental syphilis as determined by a short *in vivo* method). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 476-484, 2 tableaux, 2 diagrammes, courte bibliogr.

Cette méthode consiste à apprécier le nombre des tréponèmes vivants ou morts

trouvés dans les syphilomes de lapins traités ou témoins. On admet que la dose est efficace quand le nombre des tréponèmes tombe d'environ 1.000 par 200 champs d'ultra-microscope à 10 et moins en 24 heures.

Les doses efficaces pour les 4 pénicillines cristallisées ont été : pour G, 0 mgr. 11 par kilogramme; pour F, 0 mgr. 63; pour K, supérieure à 20; pour X, 1 mgr. 2. En Unités Oxford, les doses correspondantes ont été pour G, 183 par kilogramme; pour F, 1.024; pour K, supérieure à 4.380; pour X, 1.054. Les tréponèmes ont diminué en 4 à 6 heures et disparu en 24 heures dans 99 o/o des cas.

La pénicilline cristallisée G est donc nettement plus active que les autres.

A. Touraine.

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Action préventive de la pénicilline administrée « per os » à des souris soumises à l'infection tréponémique.** *La Prophylaxie antivénérienne*, t. **18**, 1946, p. 342.

Par voie musculaire, la pénicilline préserve la souris inoculée de la syphilis en même temps ou 8 jours après (*Acad. de Médecine*, 1945, p. 556).

Dans une nouvelle série de recherches sur 16 souris, les auteurs montrent que l'ingestion en 3 jours de 750.000 U. par kilogramme préserve la souris de la syphilisation dans 86 o/o des cas lorsque l'inoculation est faite simultanément, et dans 70 o/o lorsqu'elle est pratiquée 8 jours plus tard (87 o/o des témoins ont eu une inoculation positive).

A. Touraine.

G. Rake, W. Dunham et R. Donovick (New Brunswick, U. S. A.). — **Valeur des antibiotiques dans la prévention de la syphilis expérimentale** (The evaluation of antibiotics by the prevention of experimental syphilis). *The Journal of Infections Diseases*, t. **81**, n° 2, septembre-octobre 1947, pp. 122-129, 2 diagrammes, bibliogr.

Première méthode. — Friction pendant 3 minutes de la plaie d'une incision épidermique, sur le dos du lapin, avec une suspension de tréponèmes. 4 heures plus tard, injection de pénicilline puis examen des ganglions à l'ultra-microscope 2 et 4 mois plus tard. Sur 30 essais, 30 échecs car lésions syphilitiques.

Deuxième méthode. — Injection intradermique d'une suspension de tréponèmes; 3 à 6 heures plus tard, première de 24 injections de pénicilline toutes les 4 heures. 101 essais : 32 succès sur 32 à l'examen après 4 mois, 24 succès sur 32 en 5 mois. 45 succès sur 47 en 6 mois. La pénicilline G a été la plus active (à la dose de 109 U. par kilogramme); il a fallu 173 U. avec la X, 645 U. avec la K. La streptomycine n'a donné une protection qu'avec 135.000 U. par kilogramme et ne renforce pas la pénicilline.

A. Touraine.

R. Arnold, R. Boak, Ch. Carpenter, A. Chesney, W. Fleming, B. Gueft, J. Mahoney et P. Rosahn. — **Rapport collectif sur la recherche en collaboration de l'efficacité des diverses espèces de pénicilline dans le traitement de la syphilis expérimentale** (A joint report on a cooperative investigation of the efficacy of species of penicillin in the treatment of experimental syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 469-475, 5 tableaux, 2 indicat. bibliogr.

De leurs nombreuses expériences sur le lapin, avec des doses progressives de pénicillines F, G, K et X, les auteurs concluent que la G est plus puissante que les trois autres; il faut une dose de F six fois plus forte que de G pour obtenir le même résultat. Il n'a pas été possible d'étalonner K et X par rapport à G et F, K et X entre elles.

Pour F, le pourcentage des guérisons a été de 100 (Rosahn) et de 55 (Carpenter) avec 20.800 U. par kilogramme; pour G, de 100 avec 4.000 U. (Carpenter), avec

8.000 U. (Fleming); pour K de 40 avec 16.000 U. (Mahoney) de 20 avec 4.000 U. (Chesney); pour X, de 10 (Carpenter) et de 100 (Rosahn) avec 16.000 U.

A. TOURAINE.

H. EAGLE, H. MAGNUSON et R. FLEISCHMAN (Baltimore). — **Effet de l'hyperpyrexie sur l'efficacité thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis expérimentale** (The effect of hyperpyrexia on the therapeutic efficacy of penicillin in experimental syphilis). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 3, mai 1947, pp. 239-245, 3 tableaux, bibliogr.

Quand la pénicilline est injectée, chez le lapin syphilitique, toutes les deux heures pendant 16 injections, il faut 30.000 et 60.000 U. par kilogramme pour guérir respectivement 50 à 90 o/o des animaux. Si la température du corps est élevé de 1°5 à 2° pendant environ dix heures la dose curative tombe à 8.000 et 3.000 U. par kilogramme. Cette augmentation de l'efficacité n'est qu'un minimum, car on peut concentrer les trois quarts de la dose totale de pénicilline en 6 injections faites pendant les 10 heures de fièvre. Cette synergie peut être utilisée pratiquement.

A. TOURAINE.

R. ARNOLD, J. MAHONEY et J. CUTLER (Staten Island, U. S. A.). — **Réinfection dans la syphilis expérimentale du lapin après pénicillothérapie** (Reinfection in experimental syphilis in rabbits following penicillin therapy). *American Journal of Syphilis*, t. **31**, n° 3, mai 1947, pp. 264-267.

Chez des lapins en syphilis aiguë, stérilisés en 3 jours par la pénicilline, une réinoculation avec la même souche, 10 jours après la fin du traitement, donne un nouveau chancre syphilitique dans 27 o/o des cas. Des lapins syphilitiques témoins, non traités, ne montrent après une même réinoculation aucun signe clinique de réinfection.

A. TOURAINE.

J. A. KOLMER. — **Traitement par la pénicilline de la syphilis expérimentale du lapin** (Penicillin in the treatment of experimental syphilis of rabbits). *Arch. of Derm. and Syph.*, **55**, n° 6, juin 1947, pp. 741-748.

Dans l'orchite aiguë syphilitique du lapin, la dose minima curative unique est de plus de 100.000 U. par kilogramme (sel sodique) et de 10.000 U. par kilogramme (pénicilline dans l'huile et la cire). Cette dernière préparation paraît plus active, que ce soit en injection unique ou en injections répétées une ou deux fois par jour pendant 8 jours. L. GOLÉ.

J. A. KOLMER. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis expérimentale du lapin** (Penicillin in the treatment of experimental syphilis of rabbits). Activité thérapeutique de la pénicilline par voie buccale. *Archiv. of Derm. and Syph.*, **56**, n° 3, septembre 1947, pp. 344-348.

Une telle étude n'avait pas jusqu'ici, été entreprise. 500.000 U. par kilogramme trois fois par jour pendant 10 jours peuvent entraîner la disparition temporaire des tréponèmes. Cependant la dose curative minima dans l'orchite aiguë syphilitique (par passage des ganglions) est de 15.000 à 20.000 U. par kilogramme 3 fois par jour pendant 10 jours (soit 450.000 à 600.000 U. au lieu de 15.000). Ces doses correspondraient donc chez l'homme, à 30.000.000 à 40.000.000, ce qui serait encore au-dessous de la vérité puisque les doses curatives par kilogramme sont moindres chez le lapin.

La voie buccale ne paraît donc pas indiquée en syphilis humaine à moins que son action n'apparaisse, au cours de recherches ultérieures et dans certains cas, plus efficace par action synergique avec d'autres médicaments tels que le chlorarsen, le bismuth ou le tartrate de potassium. L. GOLÉ.

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris, guérie par administration transcranienne de pénicilline.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **141**, n° 1-2, séance du 25 janvier 1947, pp. 53-54.

Les auteurs ont montré dans une note antérieure que la pénicilline, administrée par voie sous-cutanée à des souris infectées intracérébralement avec le virus de la maladie de Nicolas-Favre, exerçait une action curative contre ce virus, alors qu'elle demeurait inactive si on l'injectait directement dans le névraxe.

Chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, l'administration de doses adéquates de pénicilline par voie transcranienne provoque au contraire, dans un délai de 4 à 21 jours, la disparition des tréponèmes au niveau des zones électives, ainsi que la stérilisation totale de l'organisme. L'action du produit administré par cette voie se trouve ainsi démontrée et contraste avec son inefficacité dans la maladie de Nicolas-Favre.

Lucien Périn.

R. Arnold, J. Mahoney et J. Cutler (Staten Island, U. S. A.). — **Réinfection dans la syphilis expérimentale du lapin après pénicillothérapie. II. Réinfection dans la syphilis latente récente** (Reinfection in experimental syphilis in rabbits following penicillin therapy. II. Reinfection in early latent syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **31**, n° 5, septembre 1947, pp. 489-492, 2 tableaux.

Les lapins sont inoculés avec la souche Nichol, laissés sans traitement jusqu'à guérison clinique spontanée et, après 8 mois, traités à la pénicilline (300 U. par kilogramme toutes les 2 heures pendant 48 injections). 10 jours après la fin de ce traitement, ils sont réinoculés. Aucun n'a présenté de chancre de réinoculation; 53 o/o ont développé une syphilis asymptomatique, 47 o/o ont été protégés par leur infection antérieure.

A. Touraine.

Pénicilline et médications associées.

H. Gougerot. — **L'association pénicilline-bismuth, traitement d'avenir de la syphilis.** *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 668-680, Masson édit., Paris, 1947.

D'après ses premières constatations, avant avril 1946, l'auteur donne sa préférence à l'association pénicilline-bismuth (ce dernier en 12 injections, en 3, puis 2 par semaine).

A. Touraine.

P. Vigne (Marseille). — **Le traitement de la syphilis par la pénicilline.** *in* Thérapeutique de la pénicilline, pp. 694-696, Ministère de la Santé publique, Masson, édit., Paris, 1947.

De 21 cas, à divers stades, étudiés avant avril 1946, l'auteur conclut à l'avantage de l'association pénicilline-bismuth.

A. Touraine.

C. Levaditi et A. Vaisman (Paris). — **Traitement de la syphilis expérimentale et humaine par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline,** *in* Thérapeutique par la pénicilline, pp. 681-685, Masson, édit., Paris, 1947.

Les auteurs rapportent les bons résultats obtenus par cette méthode, et qui ont été précédemment signalés dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet-août 1946, p. 452.

A. Touraine.

C. Levaditi et A. Vaisman en collaboration avec L. Marceron. — **Traitement de la syphilis par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 57, 23 novembre 1946, p. 781.

Après expérimentation sur l'animal, l'association ester méthylique de pénicilline et de bismuth (30.000 U. O. de pénicilline et 0,01 de Bi par centimètre cube) a été utilisée dans 17 cas de syphilis primaire, secondaire et secondo-tertiaire. Une première série de 15 injections quotidiennes de 2 centimètres cubes, repos d'une semaine, seconde cure de 15 jours, repos d'une semaine, troisième série de 2 semaines. Au total : 2.700.000 U. O. de pénicilline et 90 centigrammes répartis en 3 séries.

Disparition rapide des tréponèmes, cicatrisation des accidents, négativation rapide des réactions sérologiques. Cette association apparaît comme un excellent traitement d'attaque, n'exposant pas aux accidents graves possibles d'autres traitements. H. Rabeau.

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Preuves en faveur de l'effet stérilisant profond de l'association liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et de bismuth dans la syphilis.** *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, année **111**, 3e série, t. **131**, nos 17 et 18. Séance du 6 mai 1947, pp. 298-300.

On sait l'utilité des ponctions sternales dans l'étude de la généralisation de l'infection tréponémique chez les syphilitiques en période floride, et les effets curatifs de l'association liposoluble de pénicilline et de bismuth (ester méthylique de pénicilline et bivatol) dans le traitement de cette infection.

Les auteurs ont cherché à déterminer si cette association était capable de réaliser une stérilisation profonde de l'organisme. Ils ont pratiqué, dans ce but, chez deux malades porteurs de chancres tréponémiques dont les séro-réactions étaient négatives, une première ponction sternale avant l'institution de tout traitement et constaté la virulence de la moelle osseuse, par inoculation sous-scrotale et intratesticulaire au lapin. Ces malades ont été soumis ensuite à une cure intramusculaire de l'association lipo-soluble d'ester méthylique de pénicilline et de bivatol, à la dose totale de 2.700.000 U. et 90 centigrammes de Bi en trois séries d'injections quotidiennes. Or une seconde ponction sternale, effectuée 139 et 140 jours après le début de la cure, a révélé dans les deux cas la stérilité complète de la moelle osseuse.

Ces constatations montrent qu'un traitement intensif par l'association liposoluble précitée, qui donne toute satisfaction des points de vue clinique, microbiologique et sérologique, détermine en outre une stérilisation profonde de l'organisme, quelles que soient les réserves que l'on puisse faire par ailleurs sur le caractère durable de cette stérilisation. Lucien Périn.

Jacques Rudloff et Paul Lebas. — **Traitement de la syphilis par une association pénicilline-bismuth. Méthode personnelle.** *Le Bulletin Médical*, 21 juin 1947, n° 18, pp. 267-269.

Les auteurs présentent une méthode personnelle de traitement d'attaque de la syphilis.

Elle consiste à injecter quotidiennement, pendant 20 jours, 4 centimètres cubes par jour de la préparation suivante :

Ils incorporent à 80 centimètres cubes d'huile d'olive stérile et neutre 2 millions d'unités de pénicilline porphyrisée et 32 centimètres cubes de solution huileuse de campholate de bismuth titrant 0 gr. 04 de bismuth métal par centimètre cube.

Ils ont traité ainsi 22 malades dont 17 atteints de syphilis primo-secondaire, tout

en pratiquant des examens sérologiques tous les 5 jours, un dernier examen étant fait 15 jours après la dernière injection.

La sérologie varierait à peu près dans les mêmes conditions, en 20 jours, qu'avec un traitement arsénobismuthique de 60 jours.

Les accidents cutanéo-muqueux disparaissent un peu plus rapidement qu'avec les autres méthodes.

Ils n'ont observé aucun accident d'intolérance sauf deux cas de gingivite qui ont cédé rapidement et n'ont pas obligé à interrompre le traitement.

Les auteurs mettent en valeur le raccourcissement du traitement, la bonne tolérance du bismuth, la non obligation par le malade d'interrompre son travail.

Ils estiment leur suspension huileuse nettement plus active que la solution d'ester méthylique de pénicilline proposée par Levaditi et Vaisman.

H. Ruel.

C. Levaditi. — **Mécanisme de la résorption de l'association liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et bismuth injectée par voie intramusculaire.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **140**, nos 21-22, novembre 1946, séance du 9 novembre 1946, pp. 843-845 (1 photo).

L'auteur a précisé dans des travaux antérieurs le mécanisme de la résorption du bismuth liposoluble injecté au lapin par voie intramusculaire, notamment les réactions histologiques au niveau du point d'inoculation et le comportement local du produit (dissociation entre les lipides et le bismuth, vitesse de résorption, etc.).

Il a pratiqué les mêmes recherches en partant d'une association liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et de bivatol, contenant de 20.000 à 30.000 U. O. de pénicilline et 1 centigramme de bismuth liposoluble par centimètre cube, destinée au traitement de la syphilis expérimentale et humaine. Il a pu constater que cette préparation, injectée dans les muscles du lapin, subit une dissociation qui se traduit par une libération du bismuth, se séparant des lipides dans lesquels il est dissous à l'origine. Un dépôt bismuthique se forme, persiste jusqu'au 21e jour, et est résorbé ultérieurement.

Il est probable que l'ester méthylique de pénicilline s'y dissocie également par voie d'hydrolyse et met en liberté le facteur antibiotique qui entre dans sa constitution.

Lucien Périn.

F. P. Merklen et G. Vermeil. — **Traitement antisyphilitique d'attaque et de blanchiment rapide pénicillino-arsenical.** *Paris Médical*, année **37**, n° 5, 1er février 1947, pp. 54-56 (1 tabl.).

Les diverses publications parues tant en France qu'à l'étranger sur l'action de la pénicilline dans la thérapeutique antisyphilitique permettent de dégager les conclusions suivantes :

1° La pénicilline exerce une action manifeste et rapide sur le tréponème qu'elle fait disparaître des lésions cutanéo-muqueuses, primaires ou secondaires, généralement en douze heures.

2° Par contre, son activité sur l'infection syphilitique, telle qu'on peut la juger d'après les réactions sérologiques, est plus lente et loin d'être toujours durable : la sérologie redevient fréquemment positive lorsque la pénicillinothérapie est abandonnée trop tôt; de nombreuses récidives sérologiques ont été observées dès le cours de la première année, même après l'emploi de doses fortes.

Ces récidives ont conduit à employer des doses de pénicilline de plus en plus élevées et à considérer la dose de 2.400.000 U. O. (40.000 U. O. toutes les 3 heures jour et nuit pendant 7 jours et demi) comme une dose minima, souvent insuffisante. L'avenir montrera si la pénicilline à elle seule permet d'obtenir des résultats comparables à ceux des médications arsenicales ou bismuthiques classiques.

Dans l'état actuel des choses, limiter le traitement de la syphilis à la pénicillinothérapie isolée serait une solution dangereuse du point de vue social et du point de vue individuel.

La tendance de nombreux syphiligraphes français, à la suite de Levaditi et de H. Gougerot, est d'associer le bismuth à la pénicilline en remplaçant les 2 ou 3 séries arsenicales classiques du début du traitement d'assaut par un nombre égal de cures de pénicilline, et en se limitant ensuite à l'emploi du bismuth.

En vue d'éviter les inconvénients de ces cures pénicilliniques répétées et les risques des cures monobismuthiques ultérieures, les auteurs préconisent un traitement d'attaque pénicillino-arsenical comprenant une cure pénicillinique initiale où les doses de pénicilline sont réduites à la quantité nécessaire pour obtenir la disparition des tréponèmes (300.000 U. O. réparties en 7 injections de 40.000 U. toutes les 3 heures, avec une injection terminale de 20.000 U. O. seulement), suivie dès le lendemain, après vérification de la disparition des tréponèmes par l'ultramicroscope, de la thérapeutique arsénobenzolique habituelle, complétée par les cures bismuthiques et mercurielles classiques.

Si le tréponème persiste dans les lésions après 300.000 U. O. de pénicilline, cette dose est répétée le lendemain et au besoin doublée le surlendemain. Ultérieurement le traitement est poursuivi selon les méthodes habituelles, en associant successivement ou simultanément le bismuth, l'arsenic et le mercure.

Dans le cas de grossesse chez une syphilitique en activité, les auteurs ont recours à un traitement pénicillinique complet de 8 à 10 jours, sans abandonner pour cela la continuation du traitement selon la même méthode.

En cas d'urgence chez un sujet jeune et résistant, ils n'écartent pas l'idée d'une cure arsenicale massive type Politzer, faisant suite à la cure pénicillinique initiale, mais ils tâtent naturellement la tolérance du sujet par une première dose de 0 gr. 15 de novarsénobenzol et s'entourent les jours suivants de toutes les précautions si justement recommandées par P. Chevallier (repos au lit, régime lacté, surveillance minutieuse, etc.).

Les auteurs ont traité par cette méthode associée pénicillino-arsenicale une trentaine de malades, avec les résultats les plus satisfaisants. Ses avantages peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Action rapide sur les tréponèmes (absence de tout tréponème après une seule cure de 300.000 U. O. de pénicilline dans 75 o/o des cas), donc disparition rapide des accidents contagieux ;

2° Faible quantité de pénicilline dépensée ;

3° Courte durée de l'immobilisation des malades, réduite à 24 heures seulement ;

4° Action simultanée éventuelle sur les gonocoques, souvent associés à la syphilis et parfois méconnus, en particulier chez la femme ;

5° Action favorable sur la tolérance du sujet vis-à-vis des arsénobenzènes, dont la pénicilline prévient les accidents et facilite le mode d'emploi.

Lucien Périn.

Autres mycothérapies.

J. Kolmer et A. Rule. — **Echec de la tyrothricine dans le traitement de la syphilis expérimentale du lapin** (Failure of tyrothricin in the treatment of experimental syphilis of rabbits). *Proc. of Society of exper. Biol. and Medicin*, t. **63**, 1946, p. 375.

L'injection intraveineuse de tyrothricine chez le lapin porteur de syphilome aigu du testicule est restée complètement inefficace. Aucun des 16 animaux traités n'a montré quelque tendance ni à la guérison ni à la disparition des tréponèmes à l'ultra-microscope.

A. Touraine.

DERMATOLOGIE

1a. — *Histoire.*

J. Gaté et J. Lacassagne (Lyon). — **La Dermatologie française à travers l'histoire.** *Lyon Médical*, t. **177**, n° 14, 6 avril 1947, pp. 235-240 ; n° 15, 13 avril 1947, pp. 251-256 ; n° 16, 20 avril 1947, pp. 271-275.

Intéressant rappel, riche en faits et en anecdotes, de l'œuvre des grands dermatologistes français disparus, depuis Guy de Chauliac, au XIVe siècle, et Lorry, au XVIIIe siècle, jusqu'à Milian. « Alibert et Bazin sont les deux grands noms qui émergent de cet historique. L'École de Saint-Louis retrouve son prestige avec Brocq, Darier, Sabouraud et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle elle constitue encore un centre de travail et de rayonnement incomparable. »

A citer encore les paragraphes qui concernent Biett, Cazenave, Gibert, Devergie, Baumès, Gruby, Besnier, Vidal, etc....

A. Touraine.

J. H. Rille. — **Martin Luther et la dermatologie** (Dermatologisches bei Martin Luther). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **96**, nos 18-19, 1946, p. 160.

Luther est mort le 18 février 1546. L'épidémie de syphilis était, dans sa jeunesse, en pleine floraison; il donne à cette maladie le nom de « Lustseuche », encore employé quelquefois. Luther édifie l'éthique sexuelle sur de nouvelles bases et se montre un adversaire actif de la prostitution qu'il appelle un « secret dangereux » et organise en 1543 un enseignement sexuel pour les étudiants de Wittenberg.

Dans ses dernières années, Luther fut podagre et atteint de la pierre; il a longtemps souffert d'un eczéma suintant, congestif, de la jambe. « Étant donné qu'il a eu 7 enfants de sa première épouse et 8 de la seconde, il n'a probablement pas été syphilitique ».

A. Touraine.

M. Strauss. — **Erasmus Wilson et la teigne** (Erasmus Wilson on ringworm). *The Yale Journal of Biology and Medicine*, t. **19**, n° 2, décembre 1946, pp. 141-147, 1 fig., bibliogr.

L'auteur rappelle rapidement la vie et l'œuvre dermatologique de Wilson et signale un livre de 102 pages de cet auteur, daté de 1847, sur la teigne, et passé inaperçu de Sabouraud lui-même. Wilson range dans les teignes 3 des formes de « porrigo » de Willan : le furfurans et le scutulata qu'il estime identiques (*trichinosis furfuracea*) et le lupinosa qui est probablement le favus; la teigne ne serait pas contagieuse. Il donne du favus une description assez imprécise et distingue le favus dispersus (en éléments séparés) du confertus (en cercles confluants).

A. Touraine.

J. H. Rille. — **50 ans de dermatologie à Vienne** (50 Jahre Wiener Dermatologie). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **58**, nos 30 et 31, 23 et 30 août 1946, pp. 477-480 et 496-498.

Importante vue d'ensemble sur les maîtres de la dermatologie viennoise et sur leurs travaux depuis la mort de Hebra, en 1880. Parmi eux sont, successivement, signalés Semmelweis, Lipp, v. Neumann (le plus grand syphiligraphe après Four-

nier et le premier histo-dermatologue après Gustave Simon), Kaposi, Pick, Schwimmer, Jarisch, Hans v. Hebra, Grünfeld, v. Vajda, Paschkis, Mracezk, Lang, Ehrmann, v. Zeissl, v. Lukasiewicz, Édouard Spiegler, Matzenauer, Kreibich, Kyrle, etc.

A. Touraine.

1b. — *Classifications*.

J. L. Carrera (Buenos-Aires). — **Classification des maladies de peau vues en quinze ans à l'hôpital espagnol. Contribution à la géographie dermatologique** (Contribución a la geografía dermatológica. Classification de los enfermos cutaneos vistos en quince años en el Hospital Español). *Rev. Argent. Dermatosif.*, t. **30**, nos 1-2, janvier-juin 1946, pp. 77-84.

L'auteur compare sa statistique de 47.144 malades, pour la plupart espagnols, avec celle du Pr Azua, faite en Espagne en 1923, sur 98.652 malades (maladies vénériennes exclues).

La statistique de Carrera donne : furoncles 1.101, anthrax 41, folliculite simple 973, sycosis 122, granulome pyogénique 69, hydrosadénite 287, adénite suppurée 91, abcès 193, phlegmons 10, mastite 40, panaris 40 (total des *staphylococcies* 2.967). — Pityriasis 205, pityriasis amiantacé 37, intertrigos streptococciques 681, parakératose psoriasiforme 171, eczéma impétiginisé 319, impétigos 1.438, ecthyma 49, perlèche 56, fissurations diverses (lèvres, interfessière, nez, mamelon) 109, omphalite 3, lymphangite 26, éléphantiasis streptococcique (jambe et pied) 20, phlébites (jambes) 13, érysipèle 240 (total des *streptodermies* 3.367). — *Pyodermites* non classifiées mixtes 1.334, végétantes 5, acné chéloïdienne 77, lupus vulgaire 66, scrophuloderme 6, tuberculeuse verruqueuse 3, ulcère tuberculeux 3, lichen scrofulosorum 2, tuberculides papulo-nécrotiques 31, érythème induré de Bazin 10 (total des tuberculoses 121). — Lupus pernio 4, sarcoïde de Besnier-Bœck-Schaumann 2, lupus érythémateux 222, granulome annulaire 3, engelures 109, érythème noueux (presque tous chez des adultes) 107 (total des *dermatoses d'origine tuberculeuse douteuse* 447). — *Lèpre* 77, gangrènes cutanées 6. — *Dermatoses parasitaires d'origine animale* : gale 1.486, pédiculose 81, *Pthirius inguinalis* 98, *Tetranychus molestissimus* 90, *Pæderus* 67, diverses myases 6. — *D'origine végétale* : trichophytie (cliniquement) 225, microsporie (*idem*) 13, kérion 7, sycosis trichoph. 4, épidermophytie inguinale, péri-génitale, etc. 194, *idem* interdigitales et pieds 1.308, moniliase interdigitale main 142, muguet 1, pityriasis versicolor 421, érythrasma 43, trichophyties interdigitales (cliniquement) pieds 10, sporotrichoses 1. — Verrues planes 43, verrues vulgaires 469, papillomes 182, *molluscum contagiosum* 6, herpès simple 779, zona 624, fièvres éruptives diverses (rougeole, scarlatine, rubéole, varicelle) 62, vaccin 1. — *Dermatoses par agents chimiques ou toxiques* : maladie sérique 3, bromides 1, iodides 3, érythème du 9e jour par arsenic 5, érythrodermie arsenicale 6, arsenicisme chronique régional 2, aurides 3, médicamenteuses, toxinides, sans précision 10, radiodermites 7, lucites 89, dermatites des prés 2. — *Réactions cutanées* : dermographisme 50, urticaire 726, œdème angioneurotique 15. Groupe de l'*eczéma* : d'origine précise, externe, dont 533 professionnels 2.210, probablement microbiens 426, eczéma *sensu strictu* 7.269. — Intertrigos non pyogéniques, ni parasitaires 278, eczéma variqueux 550, dyshydroses vraies 383. — Groupe des *eczématides* (les psoriasiformes exceptées) 2.563, prurits et prurigos 2.425. — Dermatoses en relation avec des *troubles circulatoires* : érythèmes (rubéoliformes, morbiliformes, scarlatiniformes 14, pertans 5, livedo 10, acro-asphyxie 54, télangiectasies en placards 4, érythrose faciale 2, rosacée 556, œdème de jambe d'origine circulatoire 58, érythrocyanose sus-malléolaire 45, maladie de Buerger 2, maladie de Raynaud 11, artérite oblitérante (jambes) 12, divers purpuras 110, maladie de Rendu-Osler 1, ancienne phlébite des jambes 7, ulcère de jambe 1.357, dermite ocre (jambes) 103, *idem* Favre et Chaix 40, *idem* Schamberg 3, éléphantiasis des jambes (sans origine microbienne apparente) 2, *idem* paupières 1. — Hématodermies : mycosis fongoïde 2. — Dermatoses en relation avec des troubles de la *nutrition et des glandes endocrines* : sclérodermie 18, sclérodactylie 2, mélanoderme d'Addison 1, lipomatose symétrique 1. *Kraurosis vulvæ* 1, xanthome 10, xanthélasma 35. — *Trophisme* : eschare par decubitus 1. — *Dyschromies* : lentigo 10, éphélides 26, chloasma 75, taches hyperchromiques 285, mélanodermies généralisées 5, dermatose de Riehl 2, vitiligo 297. — *Atrophies et dystrophies cutanées* : atrophies linéaires 4, dermatite atrophiante maculeuse 2, autres atrophies cutanées 4, diverses cicatrices 7, épidermo-

lyse bulleuse 18, xeroderma 8 ichtyoses diverses 33, kératodermie plantaire 87, maladie de Meleda 2, acanthosis nigricans 2. — *Nævi* : plans pigmentaires 6, mous, saillants 365, verruqueux 38, molluscum 38, maladie de Recklinghausen 16, angiomes 155, lymphangiomes 1. — *Tumeurs épithéliales bénignes* : adénomes sébacés 11, cysto-adénome (sudoripare ?) 2, kystes sébacés 55, milium 33. — *Tumeurs conjonctives bénignes* : fibrome dermiques (il se peut que l'un ou l'autre soit un histiocytome) 36, fibrome de Darier-Ferrand 2, chéloïdes 56, lipomes multiples 18. — *Dermatoses précancéreuses* : kératose sénile 107, érythroplasie 1, maladie de Bowen 2, corne cutanée 24. — *Épithéliome* : spinocellulaire (cliniquement) 442, basocellulaire 35, nævocarcinome 2. — *Sarcomes* : sarcomatose généralisée 5, sarcomes divers 6, lymphosarcome 1, épulis 2. — *Maladies des annexes de la peau* : pityriasis séborrhéique 641, formes de séborrhée (kérose, etc.) 1.220, alopécie séborrhéique 680, acné nécrotique 94, autres acnés diverses 2.357, kératose pilaire 70, rhinophyma 8, hypertrichose 19, trichoptilose 1, alopécie diffuse transitoire 3, pelade 1.301, pseudo-pelade de Brocq 10, canitie précoce 1, maladie de Fox-Fordyce 2, hyperhydrose 167, bromhydrose 4, miliaire sudorale 522. — *Dermatoses non classées* : érythème polymorphe 248, ectodermose pluri-orificielle 1, dermatose autotoxique (?) 6, pemphigus vulgaire 15, *idem* végétant 1, hydroa vacciniforme 4, maladie de Dühring-Brocq 10, lichen 547, psoriasis 994, parapsoriasis 38, pityriasis rosé de Gibert 241, nodosités juxtarticulaires (sans syphilis) 2, nodule douloureux de l'oreille 15, callus 112, érythrodermie exfoliatrice 12, érythème scarlatiniforme desquamatif 8, desquamation saisonnière des mains 60. — *Maladies de la muqueuse buccale* : stomatites diverses 55, maladie de Fordyce 7, gingivite 6, cheilite glandulaire 6, *idem* variée 103, langue géographique 67, glossite losangique de Brocq 62, langue scrotale 18, glossodynie 10, lichen plan buccal 63, kyste muqueux 15, ampoules hémorragiques de la bouche 5, aphtes 334. — *Dermatoses non vénériennes génitales* : balanoposthite 112, induration plastique de la verge 4. — *Dermatoses des ongles* : leuconychie 2, onychorrhexis, onychogryphose 5, onyxis mycosiques et pyococciques des mains (beaucoup d'entre elles avec péri-onyxis) 326. — *Total général* : 47.114.

L'auteur croit que c'est la première fois qu'on fait en Argentine un groupement général des maladies vues au cours de plusieurs années, et fait une comparaison détaillée entre sa statistique et principalement celle d'Azua en citant aussi celles de Baliña, Puente (en Argentine), Becker et Obermayer (aux États-Unis) et quelques statistiques partielles françaises, allemandes, etc., pour des *maladies particulières*. Une note finale de l'auteur fait remarquer la différence de plusieurs années entre sa statistique commencée en 1926 et celle d'Azua, présentée en 1923 et commencée vers 1900, ce qui pourrait expliquer que toutes les maladies dépendant de mauvaises conditions hygiéniques (avitaminoses, pauvreté en général), soient augmentées dans la statistique d'Azua, ce qui est d'accord avec l'amélioration des conditions de vie dans le monde depuis 1926.

JONQUIÈRES.

1d. — *Traités.*

J. DARIER, A. CIVATTE et A. TZANCK. — **Précis de Dermatologie**, 5e édition, par A. CIVATTE. Masson et Cie, édit., Paris, 1947, 1152 pages, 269 figures.

Maîtres, praticiens et étudiants attendaient avec impatience, depuis longtemps, la réédition de ce véritable Traité de Dermatologie qu'était le « Darier », trop modestement intitulé Précis, dont la réputation était universelle. La première édition datait de 1908. « Au soir de ses jours », en 1928, Darier en avait fait ce chef-d'œuvre qu'était la quatrième édition, épuisée aussitôt que parue. Le grand dermatologiste est mort en 1938, alors qu'il se préoccupait de parfaire son livre. Son élève Civatte, de longue date devenu un grand maître à son tour, est resté seul pour achever le travail ébauché avec Tzanck.

Avec un respect infini pour l'écrit et pour la pensée de Darier, par de multiples et fines retouches personnelles, Civatte a continué de buriner cette magnifique eau-forte de la Dermatologie. Fidèle au plan initial, conservant presque intégralement

les descriptions cliniques, ajoutant quelques détails histologiques, « il s'est surtout attaché aux acquisitions récentes dans les domaines de l'étiologie, de la pathogénie, de la physiologie pathologique. » Mais il n'a pris, « des nouveaux éléments apportés par la Biologie moderne, que ce qui lui a semblé pouvoir entrer dans le cadre tracé par Darier sans fausser ses perspectives et sans détruire le caractère primitif de son œuvre. » Certains pourront s'étonner que des travaux récents, parfois d'une certaine envergure, n'aient été que peu mis en relief ou, même, n'aient pas été cités; c'eût été, peut-être, rompre l'équilibre de l'ensemble et surcharger ses sobres lignes de multiples arabesques qui en auraient rendu indiscernable leur contour.

Une belle exécution typographique, très soignée, de légers remaniements dans les titres, 49 figures nouvelles qui s'ajoutent aux 220 de l'édition précédente achèvent de faire de ce précieux livre un modèle de clarté, de précision dont la valeur didactique n'est nulle part surclassée. Le « Darier-Civatte » reste le bréviaire du dermatologiste.

A. Touraine.

J. Macleod et J. Muende. — **Manuel pratique de Pathologie de la peau**, 3e édition, Practical Handbook of the Pathology of the Skin, third edition). Lewis, édit., Londres, 1946, un volume de 415 pages, 27 figures en couleurs et 125 en noir, bibliographie générale (pas de bibliogr. pour les diverses affections).

La deuxième édition de ce précieux manuel a été épuisée en 4 ans; elle a connu le plus grand succès dans les pays anglo-saxons, succès mérité par sa belle présentation typographique, l'abondance et la beauté de ses illustrations, sa richesse en exposés de technique pratique.

Cet ouvrage n'est pas un Précis de Dermatologie; il n'étudie que l'anatomie pathologique et la microbiologie des dermatoses, mais il le fait d'une façon si claire et si précise qu'on peut le signaler à tous les dermatologues et à tous les histologistes.

La technique histologique générale est étudiée en 33 pages (biopsies, fixations, inclusions, colorations). 84 pages sont consacrées à l'épiderme (17 à l'histologie normale, 67 aux kératoses, parakératoses, dyskératoses, acanthoses, atrophies, œdèmes, vésicules, épithéliomas, dysplasies congénitales). La pathologie du derme est traitée en 90 pages (17 pour l'histologie normale, 63 pour l'inflammation, les dégénérescences, les hypertrophies, les atrophies, les lésions spécifiques de la tuberculose, de la syphilis, etc., les tumeurs malignes). L'histologie (11 pages) et l'anatomie pathologique (13 pages) du système pileux, celles des glandes sébacées (7 pages), des glandes sudoripares (8 pages), des muscles (3 pages), des vaisseaux (11 pages) viennent ensuite. Un chapitre intéressant (de 13 pages) concerne les altérations du sang dans les dermatoses. Puis, sont étudiés les lymphatiques (3 pages), les terminaisons nerveuses (12 pages), les graisses (9 pages), le pigment de la peau (10 pages), les ongles (13 pages).

Des chapitres spéciaux sont consacrés aux bactéries (8 pages), aux streptotrichés, blastomycètes et protozoaires (7 pages), aux dermatophytes (33 pages), aux animaux parasites de la peau (9 pages).

On peut exprimer le désir que, dans les éditions ultérieures, les descriptions anatomo-pathologiques et les résumés cliniques soient, souvent, moins concis, que les travaux français y soient plus largement représentés (il n'y a, par exemple, aucune étude de l'érythroplasie, du fibro-sarcome protubérant de Darier et Ferrand, de la mélanoblastose, des épithéliomas pigmentés, etc.). Il serait utile de connaître, dans les légendes, le grossissement des coupes histologiques et des parasites. La liste des parasites cutanés est loin d'être complète.

A. Touraine.

1e. — *Articles généraux.*

J. H. Rille. — **Comment enseigne-t-on et apprend-t-on à diagnostiquer ?** (Wie lehrt und lernt man diagnostizieren). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **58**, nouvelle série 1, n° 7, 15 mars 1946, pp. 101-106.

Après une vue d'ensemble sur les maîtres et les œuvres de l'École médicale d'Innsbrück, R. expose quelques vérités premières, nombreux exemples à l'appui, sur l'art d'apprendre et d'enseigner la dermatologie. Ces pages sont aussi bonnes à lire et à méditer pour le maître que pour l'élève. Voici quelques exemples des postulats de l'auteur.

N'examiner qu'à la pleine lumière du jour. Fouiller à fond les antécédents. Examiner toute la surface du corps. Prêter d'abord attention à la morphologie de la peau. L'usage fait le maître; aussi, comparer avec des observations analogues antérieures. Penser au diagnostic de syphilis et aux multiples erreurs que sa méconnaissance peut entraîner, etc.

A. Touraine.

L. Sefton (Londres). — **Quelques observations dans un service dermatologique de prisonniers de guerre à Singapour en 1942-1945** (Some experiences in a skin department of a prisoner-of-war camp hospital in Singapore, 1942-1945). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 3, mars 1947, pp. 85-103.

1° Quelques aspects de l'*avitaminose* B_2 : rashs de la pellagre, réactions exsudatives fréquentes, rareté des manifestations digestives et nerveuses, fréquence de l'arigoflavinose, des stomatites et cheilites, d'une diphtérie secondaire, de dermatite exfoliative laissant une eczématisation papuleuse ou une leucodermie.

2° *Allergie aux « black beans »* (fèves noires) et *pellagre* notée chez 7 pellagreux sur 8 avec érythèmes symétriques, œdème des lèvres et de la langue.

3° *Dermatite du scrotum*, probablement par ariboflavinose, avec érythème, œdème, exsudation et passage à la chronicité.

4° *Diphtérie cutanée* fréquente : plusieurs centaines de cas.

5° *Teigne des ongles*, quelques cas, en général avec épidermophyties.

A. Touraine.

A. Marchionini (Ankara). — **Questions d'épidémiologie et d'hygiène sociale dermatologique en Turquie** (Epidemiologische und sozialhygienische Probleme des Dermatologen in der Türkei). *Dermatologica*, t. **93**, n° 1, 1946, pp. 16-31, bibliogr.

Marchionini revient, une fois de plus, sur les différentes affections dermatologiques que l'on observe le plus fréquemment en Turquie : pyodermites par piqûres d'anophèles sur la côte, par piqûres de phlébotomes en Anatolie, gale (passée, à Ankara, de 3 o/o des consultants en temps de paix à 22 o/o pendant la guerre et dont l'auteur explique la poussée par les conditions sociales et matérielles de la vie), favus (très répandu), eczéma et lupus vulgaire (peu fréquents), syphilis (en forte régression), bouton d'Orient (en grande extension).

A. Touraine.

R. Mackenna. — **De la dermatologie militaire**. *Bulletin médical britannique*, série française, t. **1**, n° 4, 1946, article 730, pp. 2-6, courte bibliogr.

Vue d'ensemble portant sur les points suivants :

Fréquence des dermatoses dans l'Armée : 23,7 pour 1.000 hommes pendant la guerre sud-africaine (1899-1902), 40,9 pour 1.000 hommes en Angleterre et 126,1

pour 1.000 soldats sur le Continent en 1915; 10 o/o des hospitalisés pendant la dernière guerre.

Organisation d'un service de dermatologie : nécessité de centres bien équipés sous la direction de spécialistes.

Utilisation militaire des hommes atteints de dermatoses, avec affectation tenant compte de l'affection cutanée.

Dermatologie préventive, par l'hygiène des hommes, du linge, du matériel; prophylaxie du « mal du désert » (ecthyma torpide) par une crème.

Qualités du dermatologiste militaire, à la fois officier, médecin, savant, hygiéniste.

D. D. T. et contrôle des poux : histoire de la découverte et de l'emploi du D. D. T.

Gale : perfectionnement apporté par le benzoate de benzyle.

Importance du pronostic, pour décider ou non de l'évacuation.

Rapidité du traitement, indispensable pour la récupération du malade.

Contact avec les découvertes nouvelles pour en tirer leurs applications pratiques le plus rapidement possible (exemple du B. A. L.).

A. TOURAINE.

Félix-Pierre MERKLEN et Pierre DE GRACIANSKY. — **La dermatologie et la syphiligraphie en 1946.** *Paris Médical*, année **37**, n° 5, 1er février 1947, pp. 45-47.

Excellente revue annuelle consacrée à l'étude des principales questions ayant retenu l'attention des dermatologistes français au cours de l'année 1946.

LUCIEN PÉRIN.

2b. — *Histologie de la peau.*

Mario TAMPONI. — **Structure nerveuse de la peau humaine** (Strutture nervose della cute umana). *Monografie di dermosifilovenereologia* (Prix de Amicis, 1940), 115 p., 63 fig., longue bibliogr.

Les recherches systématiques et nombreuses sur des coupes horizontales après coloration au blanc de Rougalet, ont permis à l'auteur de constater une richesse jusqu'ici insoupçonnée de la structure nerveuse cutanée.

Au niveau du derme où l'on ne décrivait que de rares troncs nerveux destinés à faire la liaison entre le plexus nerveux profond sous-cutané et le plexus sous-papillaire, l'auteur a observé un riche réseau nerveux enchevêtré à fibres d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche progressivement des couches les plus superficielles du derme. A ce niveau, il existe un réseau constitué de fibres d'épaisseur et d'aspect divers, disposées en toutes directions, donnant naissance à une très fine et inextricable texture nerveuse analogue à celle que l'on rencontre chez les autres mammifères. C'est dans ce secteur que l'on voit des groupements fibro-cellulaires en réseau rappelant les « systèmes périphériques métasympathiques ».

Leur signification morphologique et fonctionnelle demeure obscure. L'auteur y voit le substratum des sensations diffuses, mal déterminées et localisées, souvent subconscientes, qui siègent dans la peau.

Au niveau de l'épiderme, l'auteur décrit des expansions nerveuses terminales intra et juxta-épidermiques.

Au niveau des extrémités supérieures des orifices sudoripares et pilo-sébacés, tout un appareil nerveux péri-orificiel, très riche en éléments fibro-cellulaires d'aspects variés et présentant de nombreux rapports avec le réseau diffus du derme

superficiel. Ces appareils nerveux existent non seulement au niveau de la barbe, de la lèvre supérieure, du pubis, mais aussi au niveau des poils les plus fins, du duvet de l'abdomen par exemple. On ne peut plus donc affirmer que les appareils nerveux les plus complexes correspondent aux poils les plus volumineux. L'innervation des poils du pubis, de l'aisselle est plus pauvre que celle des poils de l'abdomen.

Par ailleurs, il faut noter, contrairement à ce qui a été dit, qu'un unique tronc nerveux peut innerver divers follicules.

Des fibres nerveuses traversent la gaine fibreuse et la gaine vitrée du poil pour se terminer en bouton dans la gaine épithéliale externe.

De nombreuses microphotographies illustrent ce travail. L. Vissian.

G. Weddell. — **L'anatomie de la sensibilité cutanée.** *Bulletin médical britannique*, (série française). Masson et Cie, édit., Paris, t. **1**, n° 4, 1946, art. 733, pp. 15-22, 8 fig., bibliogr.

Long et important article dans lequel l'auteur rappelle d'abord les observations et les conceptions antérieures qui ont fait admettre l'existence de 4 modalités premières de sensations perçues par la peau (contact, froid, chaleur, douleur). Il expose ensuite les travaux actuels et leurs conclusions. La pression et les 4 modalités précédentes sont représentées dans la peau sous forme de points, mais les récepteurs spécifiques sont situés à des profondeurs variables dans la peau (Woollard, 1940) : les terminaisons sensorielles spécifiques sont toujours accompagnées de fibres accessoires d'un type morphologique analogue à celles qui engendrent la douleur en d'autres points. L'innervation sensorielle a une disposition anatomique constante en plexus superposés (Weddell, 1941).

D'après Weddell, l'innervation sensitive de la peau se dispose suivant l'ordre suivant (de la surface vers la profondeur) : 1° réseaux nerveux renflés servant la douleur (probablement la douleur aiguë), dans la couche de Malpighi; 2° disques de Merkel, servant le tact, dans la basale; 3° corpuscules de Meissner servant la sensation de tact, dans les papilles; 4° glomérules de Krause, servant la sensation de froid, à des profondeurs variables dans le derme; 5° terminaisons de Ruffini, servant la sensation de chaleur, profonds dans le derme; 6° terminaisons nerveuses autour de la gaine d'un poil, servant le tact. Toutes les terminaisons organisées sont accompagnées de fibres nerveuses finement renflées, servant la sensation de douleur.

Critique du « système nocifenseur » de Lewis (1936-1942), système de fibres nerveuses, dérivant des racines dorsales, se terminant dans la peau par des arborisations et ne formant pas de syncytium; ce système serait chargé de la distribution de l'hyperalgie cutanée. Pour Woollard, etc., les réactions nocifensives sont transmises par le système nerveux qui sert la douleur.

Exposé des « problèmes pendants » : existence de deux systèmes de fibres servant la douleur (sourde et vive); problème anatomique des réflexes d'axones; mécanisme de l'intensification de la sensibilité douloureuse dans les zones intermédiaires ou au cours de la régénération d'un nerf périphérique, etc.

A. Touraine.

2d. — *Physiologie de la peau.*

W. Ladell (Londres). — **Sudation par agents thermiques.** *Bulletin médical britannique* (série française). Masson et Cie, édit., Paris, t. **1**, n° 4, 1946, pp. 26-31, 4 diagrammes, longue bibliographie.

Au-dessous d'une température extérieure de 31°, la transpiration est « insen-

sible », peu influencée par la température; elle se fait par osmose (Whitehouse, 1932) et est d'environ 20 à 30 grammes d'eau par heure. Au-dessus de 31°, elle est « sensible » et se fait par la sueur (glandes eccrines) qui est presque toujours hypotonique; elle peut atteindre, passagèrement, 3 litres à l'heure (Eichna, 1945) (un demi-litre chez les soldats dans le désert arabique, 2 l. 6 chez des mineurs) pour diminuer progressivement après 2 heures, malgré la persistance de sa cause. Le taux de sudation maxima ne correspond pas nécessairement avec le maximum de la température rectale, il dépend plutôt de la température cutanée (Ladell). Une déshydratation modérée n'a pas d'effet sur le taux de sudation (Adolph, 1943), une déshydratation extrême l'arrête. L'absorption d'eau à équivalence de la perte de sueur n'influence pas le taux de sudation. Celui-ci peut diminuer dans des cas d'ictus thermique (Manson, 1946), dans certains collapsus thermiques, dans certaines hyperpyrexies (par ce déséquilibre, la température rectale peut s'élever à 43°3). L'acclimatement entraîne une diminution de la sudation.

Il existe de grandes variations dans la concentration chlorurée de la sueur d'un sujet à l'autre et chez un même sujet. Cette concentration diminue proportionnellement à la longueur et à la rapidité de la sudation; mais elle reste toujours hypotonique.

A. TOURAINE.

P. GROF. — **Effets des irritations thermiques sur le système réticulo-endothélial cutané** (Die Wirkung thermischer Reize auf das Reticuloendothal der Haut). *Acta Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. 4, février 1945, pp. 299-301, bibliogr.

Étude des effets du froid et de la chaleur sur la fonction pexique des cellules réticulo-endothéliales de la peau, et les cellules endothéliales des vaisseaux sanguins de la circulation cutanée. Expériences faites sur des lapins, des rats, des souris et même sur l'homme, en se servant comme test d'une injection intraveineuse ou sous-cutanée du bleu-trypan. Les cellules se chargent de ce colorant et la réaction est facile à lire à l'œil nu.

Grof observe que la chaleur, dans certaines limites (60°-80° C), augmente le pouvoir pexique.

Même effet avec le froid (congélation des tissus).

L'auteur considère que ces résultats sont explicables par la théorie de Lewis (libération *in situ* d'histamine ou de substances H).

A. CIVATTE.

2e. — *Chimie de la peau.*

Luigi SEMMOLA et Gabrielle GARDENGHI (Florence). — **Recherches sur le métabolisme de l'AzH_3 dans la peau** (Ricerche sui ricam bio dell' Amoniaca nella pelle). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. I, avril 1946, pp. 1 à 14, Bibliographie.

Les travaux de l'école de Borghi ont montré que la peau exerce une activité dans la genèse de l'AzH_3 en attaquant les amino-acides au moyen de ferments spécifiques agissant par désamination oxydative. C'est là un fait de grande importance au point de vue de la physiologie et de la pathologie de la peau dont les auteurs montrent les différentes applications par l'organisme. Dans un travail antérieur, ils avaient fait des recherches pour déterminer le contenu en AzH_3 de la peau de divers animaux de laboratoire. Dans le présent travail les recherches ont porté sur la peau de l'homme. La quantité d'AzH_3 dosable dans la peau représente la résultante des activivités cataboliques et anaboliques de la peau. Des

fragments de peau après avoir été broyés et distillés étaient soumis à des épreuves colorimétriques pour le dosage d'AzH_3 par la méthode de Nessler.

Les résultats ont été les suivants : les valeurs moyennes d'ammoniaque susceptible d'être extrait en milieu aqueux rapportées à un gramme de peau sèche ont été de 1 mgr. 45 pour la peau saine et de 1 mgr. 57 pour la peau cliniquement indemne de syphilitiques secondaires avec manifestations cutanées. Dans le cas d'altérations cutanées la quantité d'AzH_3 a été tantôt plus forte, tantôt plus faible. Les valeurs les plus basses ont été trouvées dans les papillomes (en moyenne 0,69) et dans la peau atrophique (minimum 0,38) ; les valeurs les plus élevées dans les papules de la syphilis et du lichen plan (maximum 3 gr. 20).

Les auteurs discutent ces résultats, d'abord pour la peau saine en insistant sur les variations possibles en rapport avec le siège, l'âge, le sexe et ils développent des considérations sur la signification et la destinée de l'AzH_3 dosable dans la peau. Puis pour les diverses altérations cutanées étudiées envisageant diverses hypothèses en vue d'expliquer les différences en plus ou en moins qui ont été rencontrées par comparaison avec la peau saine par des perturbations des phases anaboliques et cataboliques du métabolisme azoté local.

BELGODÈRE.

M. S. LAPIERRE. — **Les substances à fonction sulphydrile dans la peau normale et dans les divers états pathologiques cutanés.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphligraphie*, t. **3**, fasc. 2, février 1947, pp. 176-186.

Giroud et Bulliard avaient démontré la présence dans les organes à kératinisation dure (sabots, ongles, etc.) d'une épaisse bande riche en composés sulfhydriles (gluthation, cystéine) immédiatement sous la couche cornée.

Ils en faisaient une propriété spécifique de la kératinisation dure, à l'exclusion des autres formes de kératinisation, notamment celle de l'épiderme cutané.

Les auteurs prouvent que cette bande de composés S. H. existe dans toute espèce de kératinisation molle et dure, dans l'épiderme normal et dans l'épiderme pathologique. Cette bande de surcoloration est d'autant plus nettement marquée dans l'épiderme que le processus corné est plus accusé.

Elle fait complètement défaut lorsqu'il n'y a pas de transformation cornée des assises superficielles (muqueuse buccale par exemple). Elle est très marquée dans les placards de psoriasis chronique.

L. VISSIAN.

3f. — *Pathologie générale.*

A. BOIVIN et A. DELAUNAY (Institut Pasteur). — **L'organisme en lutte contre les microbes.** Collection « L'Avenir de la Science », n° 24, Gallimard, Paris, 1947, 425 p., 15 fig., bibliogr. générale.

Précieux ouvrage de culture générale, dans lequel le dermato-vénéréologiste trouvera cependant de nombreux documents sur les maladies infectieuses qui intéressent sa spécialité.

Dans une première partie (113 pages), les auteurs étudient les *bactéries* (morphologie, biologie, toxines, classification), les *virus* (constitution, nucléoprotéides-virus, biologie) et les *maladies infectieuses* (propagation, virulence, manifestations, phénomènes d'immunité, infections inapparentes, épidémies, etc.).

La deuxième partie (206 pages) est consacrée aux moyens de défense de l'organisme : *phagocytes* (morphologie, physiologie, système réticulo-endothélial, diapédèse et son mécanisme, réactions à polynucléaires et à mononucléaires, phago-

cytose, etc.), *antigènes et anticorps* (spécificité, nature, formation, agglutination, lyse, opsonisation; constitution chimique et variations des antigènes; rôle dans les infections bactériennes et les maladies à virus, etc.).

La troisième partie (78 pages) résume les notions connues sur la prévention et le traitement des infections : *isolement* des malades et des porteurs de germes, lutte contre les divers *modes de transmission* des infections, *vaccinations*, *sérothérapie*, *vaccinothérapie*, *chimiothérapie* (antisyphilitiques, sulfamides, bactériostatiques naturels dont la pénicilline), les *bactériophages*, etc.

A. Touraine.

J. Burtenshaw. — **Auto-désinfection de la peau.** *Bulletin médical britannique* (série française). Masson et Cie, édit., Paris, t. 1, n° 4, 1946, pp. 6-11, longue bibliogr.

Revue générale des diverses conceptions depuis Sabouraud (1899) (expulsion mécanique des microbes par l'exfoliation progressive des couches de la peau), Metchnikoff (1901) (phagocytose), Koch (1908), Grütz (1912) (mauvais milieu de culture).

1° *Désinfection dans la profondeur de la peau.* — Rôle d'une immunisation active locale (Meierowitsch, 1888, Rivers, 1925, etc.), du processus inflammatoire non spécifique (Cobbett et Melsome, 1898; Mallory, 1925, etc.) (l'injection de filtrats microbiens, d'huile de moutarde, de bouillon protège contre le streptocoque).

2° *Désinfection à la surface de la peau.* — Rôle de la dessiccation et du soleil (Dold, 1919), du degré d'acidité de la peau (Marchionini, 1928-1939); d'un régime cétogène (Singer, 1929, Cornbleet, 1931, etc.), de la sudation, même alcaline (Cornbleet, 1932, etc.), de la couche cornée se comportant comme un colloïde et emprisonnant les microbes par contraction due à l'acidification (Arnold, 1942), de l'acide lactique et des acides gras volatils de la sueur (Begeim et Cornbleet, 1943).

3° p*H de la peau et de la sueur.* — La sueur a un pH de 5,2-6,6 pour Talbert (1919), de 3,8-5,6 pour Marchionini (1928-1939), sauf dans les régions à glandes apocrines (pH de 6,2-6,9). Les lésions atrophiques, squameuses, les inflammations chroniques alcalinisent (pH de 8,3-5,8), le liquide de dysidrose, le pus acidifient (pH de 5,8-4,8). Cette acidité générale de la peau serait due à CO^2 pour beaucoup d'auteurs (infirmés par Talbert), aux acides gras (Unna, 1909, Schwenkerbercher, 1929) et notamment l'acide lactique et les acides gras de la série acétique (Fishberg, 1932, Couraud, 1935, etc.).

4° *Autres facteurs bactéricides.* — Le lysozyme de Fleming (1922) est lytique pour de nombreux microbes. Les lipoïdes de la peau absorbent de l'oxygène; ces lipoïdes, irradiés, libèrent des peroxydes volatils, antiseptiques (Stevens, 1937). La lumière solaire élève le pouvoir stérilisant de la peau (Cornbleet, 1933), de même les rayons ultra-violets qui augmentent l'acidité cutanée (Marchionini, 1939).

5° *Recherches de l'auteur.* — De ses expériences (rapportées en détail) il ressort que la peau et ses sécrétions renferment des lipoïdes bactéricides vis-à-vis de streptocoques et d'autres microbes. Les acides gras sont l'élément actif de la graisse des poils; ils transmettent probablement leur pouvoir bactéricide aux autres graisses de la peau. Le streptocoque est particulièrement sensible aux acides oléique, stéarique, laurique et caprique et à leurs savons, alors qu'il résiste aux acides gras et aux savons inférieurs. Le *C. diphteriæ* est sensible et le *Staph. aureus* insensible aux graisses des poils, aux oléates (Walker, 1925). Le pouvoir désinfectant de la peau croît avec l'élévation de l'acidité; les lipoïdes des poils sont plus actifs au pH 4,5 qu'au pH 7,6. La cystéine diminue cette action, la lumière et les rayons ultra-violets l'augmentent.

A. Touraine.

Ugo Maragni (Alexandrie). — **Le comportement du liquide interstitiel dans quelques dermatoses** (Il comportamento del liquido interstitiale in alcune dermatosi). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. IV, octobre 1946, pp. 252 à 281. Bibliographie.

On entend par liquide interstitiel (L. I.) le volume du liquide extra-cellulaire, c'est-à-dire toute la masse liquide, excepté le plasma sanguin, qui imbibe les tissus de l'organisme et qui n'entre pas dans la composition du plasma cellulaire. On entend donc par là le milieu ambiant dans lequel vivent les cellules. Le plasma, les liquides contenus dans les cellules, le liquide céphalo-rachidien ne font pas partie du L. I.

L'auteur passe en revue les travaux antérieurs sur cette question et il en fait ressortir l'importance au point de vue de la pathologie générale et de la pathologie des dermatoses en particulier. Pour la détermination quantitative du L. I. plusieurs méthodes ont été proposées dont Maragni fait l'exposé. Celle qui a donné les meilleurs résultats est la méthode de Anderson et Crandall qui emploie les sels de l'acide sulfocyanique qui donnent avec des réactifs à base de fer, des réactions colorées. Les recherches effectuées par divers auteurs au moyen de cette méthode ont permis d'évaluer à un cinquième du poids du corps la quantité de L. I.

En utilisant cette méthode de dosage, l'auteur a entrepris des recherches en se proposant surtout de vérifier si les modifications du métabolisme de l'eau ne seraient pas dues à l'eau du sang ou à l'eau des cellules autant qu'à l'eau interstitielle comme cela a été soutenu par Eppinger dans sa théorie de l'inflammation séreuse, conception qui est susceptible de nombreuses applications en dermatologie où l'on connaît depuis longtemps la fréquence et l'importance des altérations de la paroi capillaire dans le déterminisme de beaucoup de dermatoses.

L'auteur a obtenu les résultats suivants : d'abord sur les sujets normaux la valeur du L. I. s'est montrée de 20,4 o/o du poids du corps, ce qui correspond avec les chiffres des auteurs précédents. Dans les cas de dermatoses bulleuses, le L. I. s'est montré constamment en augmentation (en moyenne 30,7 o/o du poids du corps), de même dans les érythrodermies (31,4 o/o). Augmentation également dans les eczémas (environ 27,9 o/o), les prurigos, le mycosis fongoïde. En ce qui concerne la tuberculose cutanée et le psoriasis il a obtenu des résultats variables; cependant, chez les psoriasiques, il y a eu en général une augmentation légère du L. I. (24-27). Dans l'eczéma séborrhéique, chiffres à peu près semblables. Dans la syphilis, la maladie en elle-même ne provoquerait pas de modifications du L. I. mais il y aurait une augmentation, inconstante, chez les sujets soumis au traitement arsénobenzolique. Valeurs normales dans le lupus érythémateux et le lichen plan.

Dans les dermatites irritatives provoquées par les rayons U. V. on a vu les valeurs normales du L. I. s'élever à 29 o/o du poids du corps.

Pour ce qui concerne l'interprétation de ces résultats l'auteur fait observer qu'il entre en jeu dans cette question beaucoup de facteurs encore obscurs qui président aux échanges hydriques : modifications du rapport A/G du métabolisme du Cl, altérations de la perméabilité capillaire et de la circulation lymphatique. Il convient de poursuivre ces recherches en les faisant porter simultanément sur le L. I. et sur les facteurs qui viennent d'être indiqués.

Belgodère.

Ottolenghi-Lodigiani (Catane). — **L'histamine et les substances miméto-histaminiques dans le liquide de bulle au cours des processus pathologiques de la peau** (La istamina e le sostanze istamiosimili nel liquido di bolle nel corso processi patologici ella pelle). *Giornale italiano di Dermatolobia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. III, septembre 1946, pp. 153 à 156. Bibliographie.

Dans un travail précédemment publié dans la même *Revue*, en 1941, l'auteur

a montré quelle était l'importance du rôle joué par l'histamine dans l'organisme en général et dans la peau en particulier. Dans le présent travail, il s'est proposé pour but de montrer quel était le rôle de l'histamine dans les processus pathologiques. Il était à prévoir que ce rôle était important car au cours des processus inflammatoires il se produit des conditions qui sont aptes à favoriser la libération et la production de notables quantités d'histamine et de substances miméto-histaminiques. Dans ce but, il a effectué une série de recherches afin d'évaluer les variations du contenu en histamine de la peau de l'homme atteinte de dermatoses de caractère allergique, inflammatoire et néoplasique. La technique a consisté à doser ces substances dans le centrifugat du liquide de bulles provoquées sur les territoires cutanés sains et malades chez le même sujet. Cette technique a été adoptée parce que, par des recherches antérieures, elle s'était montrée plus sûre que le dosage effectué sur des extraits de peau.

Les plus grands écarts de valeur entre la peau saine et la peau pathologique ont été observés dans l'eczéma, qui est une maladie allergique à caractère strictement local et tissulaire. Dans l'urticaire, les écarts ont été moins sensibles mais il convient de tenir compte que, dans ce cas particulier, contrairement à l'eczéma, le processus intéresse toute l'économie de l'organisme.

Les valeurs absolues ont atteint les chiffres les plus importants dans les érythrodermies, où il manquait cependant la possibilité de comparaison avec la peau saine puisque, dans ces cas, le territoire cutané est intéressé dans sa totalité. Dans d'autres processus inflammatoires comme le lupus vulgaire et les syphilides papuleuses, les différences du contenu des substances actives dans la peau saine et pathologique étaient évidentes, mais n'atteignaient pas cependant les chiffres importants qui ont été rencontrés dans l'eczéma et les érythrodermies.

Dans une maladie comme le psoriasis, qui reconnaît parmi ses caractères un certain désordre métabolique, le rapport différentiel est contenu entre des limites assez modestes. Dans les néoplasies enfin, la tumeur peut amener une augmentation de l'histamino-genèse locale mais seulement par suite de la constitution d'un rempart inflammatoire réactif.

Se basant sur ces observations, l'auteur estime que, dans le domaine des réactions allergiques et inflammatoires de la peau, il convient d'attribuer à l'histamine et aux substances miméto-histaminiques un rôle fondamental.

BELGODÈRE.

3g. — Méthodes de diagnostic clinique.

Léopold FREUND (Vienne-Bruxelles). — **Recherches avec la lumière diffusée.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1946, pp. 162-171.

L'auteur fait part de quelques phénomènes produits par la lumière dans la peau. Il se sert d'abord de la lumière directe du soleil, ensuite de la lumière d'une lampe électrique de poche ou de lampes à incandescence d'une intensité allant jusqu'à 2.000 bougies. Avec des sources lumineuses très fortes un filtre est nécessaire pour retenir les rayons caloriques (plaque de verre d'une bonne épaisseur). L'auteur arrive à rendre visibles des formations anatomiques (vaisseaux, tendons) dans la profondeur des tissus, qui restent sans cela invisibles, même aux rayons X. Il s'agit de phénomènes visuels produits par les rayons du spectre visible à l'œil nu sans aucune photographie. Les objets sont d'autant plus visibles qu'ils se trouvent près de la surface, qu'ils sont plus volumineux, denses, de couleur

foncée, d'autre part que leur entourage est plus clair et moins dense. L'auteur a eu l'occasion de trouver des corps étrangers dans la peau, notamment une très faible esquille de bois qui naturellement ne peut être mise en évidence par la radiographie. Dans des seins maigres et relâchés, on a pu constater ainsi des métastases de néoplasmes. Il faut, avant l'examen, nettoyer soigneusement les endroits suspects pour ne pas confondre les silhouettes provoquées par les plis de la peau, des particules de boue, de sang, de pus, de teinture d'iode avec les silhouettes produites par des corps étrangers ou des formations pathologiques.

L. Vissian.

F. Ronchese (Providence, R. I ; U. S. A.). — **La lumière de Wood comme auxiliaire dans le diagnostic des teignes du cuir chevelu et d'autres dermatoses.** (The Wood light as an aid to the diagnosis of ringworm of the scalp and others dermatoses). *The Rhode Island Medical Journal*, t. **28**, mai 1946, pp. 347-352, 4 figures (noir et couleurs jumelées), longue bibliogr.

L'auteur montre tout le parti que l'on peut tirer de l'examen de certaines dermatoses à la lumière de Wood. Au cas de teigne du cuir chevelu, les lésions prennent, d'après Lewis et Hopper, une fluorescence jaune-verte pour tous les *Microsporons* (sauf *M. ferrugineum*), bleue terne pour *Trichophyton endothrix*, verdâtre pour *Achorion Schœnleini*. La fluorescence varie de jaune d'or à brun foncé pour *Malassezia furfur* du pityriasis versicolor. On peut aussi, par leur fluorescence, dépister certaines lésions trop légères pour être visibles à l'œil nu, telles que syphilides maculeuses à leur début, légères pigmentations, radiodermites en formation, kératoses séniles et toutes lésions hyperkératosiques.

A. Touraine.

Louis Gougerot. — **Nouvelles recherches sur l'impédance cutanée dans les dermatoses.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, nos 15-16-17, séance du 10 mai 1946, pp. 263-267. Travail du Fonds d'Études de la Société Médicale des Hôpitaux.

Dans un travail antérieur, Gougerot a étudié l'impédance cutanée en courant alternatif de basse fréquence dans l'eczéma.

Il a poursuivi ses recherches à l'aide d'un appareillage simplifié et permettant d'étudier tous les spectres de basse fréquence, de 200 à 7.000 cycles-seconde.

Parmi les résultats obtenus avec sa technique, l'auteur signale une élévation de l'impédance de la peau sur des lupiques guéris, un abaissement extrême de la résistance dans l'eczéma, même sur des lésions guéries et en peau saine, témoin de la porosité cutanée, une élévation de l'impédance en peau saine chez les psoriasiques. Le terrain psoriasique et le terrain lupique offrent donc de ce point de vue une caractéristiques semblable. Gougerot note encore une impédance normale dans une urticaire en pleine poussée, etc....

F. Coste.

L. Underwood. — **La céphalée de la ponction lombaire. Analyse statistique de 500 ponctions** (Lumbar puncture headache. A statistical analysis of fixe hundred punctures). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Disease*, t. **30**, mai 1946, pp. 264-271.

Après une revue de la littérature sur les troubles consécutifs à la ponction lombaire, sur la difficulté de leur prophylaxie et sur leur traitement (caféine et benzoate de soude intraveineux), Underwood signale que, sur 500 ponctions lombaires ambulatoires (repos de moins de 15 minutes après l'opération), 353 n'ont présenté aucun malaise; céphalée légère ou forte après 93, même après emploi de barbituriques.

Les sujets à liquide normal sont plus exposés à la céphalée que ceux à liquide pathologique, les émotifs plus que les calmes.

Le liquide a été anormal chez 22 o/o de l'ensemble des malades.

A. Touraine.

3h. — *Méthodes de diagnostic biologique.*

Ivan Ciacco (Messine). — **Recherches sur la valeur et sur la signification de la chromo-dermo-réaction dans l'étude fonctionnelle de la peau** (Richerche sul valore di cromo-dermoreazioni nell' indagine funzionale cutanea). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. V, novembre 1946, pp. 333-368. Deux pages de bibliographie.

L'importance physiopathologique du système réticulo-endothélial, mise en évidence par les travaux de ces dernières années, a naturellement conduit à rechercher des méthodes susceptibles d'en contrôler le fonctionnement. Actuellement celle de ces méthodes qui est le plus en faveur est la méthode des matières colorantes basée sur le binôme : colloïdopexie-coloration vitale.

On a cherché tout d'abord à étudier la chromopexie cutanée au moyen de substances colorantes introduites dans la circulation (en France, Gougerot a employé l'éosinate de césium) mais cette méthode a dû être abandonnée parce que trop d'interférences venaient en fausser les résultats.

En 1932, Lesczinsky a proposé d'étudier le pouvoir d'absorption et de diffusion de la peau au moyen d'un colorant — le trypanbleu — injecté par la voie intradermique, les modalités d'évolution de cette injection étant lues au bout de 24 heures. C'est ce dernier procédé qui est actuellement le plus employé.

Après avoir fait une revue générale des résultats qui ont été obtenus par les divers auteurs qui ont fait des recherches dans cette voie, Ciacco expose ses recherches personnelles. Elles ont été conduites sur 20 sujets à peau saine, sur 8 cas de tuberculose cutanée et sur 32 cas de syphilis.

Sur ces sujets on a étudié le temps d'évolution de la chromodermo-réaction au bleu de méthylène, c'est-à-dire le temps nécessaire pour la disparition de la couleur, et le pouvoir d'alcalinisation de la peau en observant le temps de virage d'un pomphus à la gomme laque.

Il est impossible d'entrer dans le détail de ces expériences. Elles ont montré que le temps d'évolution présentait des variations régionales appréciables et que ces variations régionales en peau saine étaient plus accentuées chez les sujets atteints de dermatoses. Quant au pouvoir d'alcalinisation de la peau, il présente lui aussi des variations régionales et qui semblent en général parallèles à celles du temps d'évolution. Toutefois ces variations du pouvoir d'alcalinisation ne sont pas influencées par l'état de maladie comme celles du temps d'évolution ; il n'y a donc pas un rapport obligatoire constant entre les deux manifestations. Pendant la période menstruelle on constate toujours un écart vers la zone d'acidose.

Après avoir ainsi établi les modalités évolutives de la chromodermo-réaction au bleu de méthylène, Ciacco en discute la signification.

1° S'agit-il de colloïdopexie, ou de fixation élective par des éléments du système réticulo-endothélial ?

2° Ou bien la décoloration du pomphus ne pourrait-elle être occasionnée par des processus oxydo-réducteurs, par la formation de la leucobase ?

3° Ou bien s'agit-il de phénomènes de diffusion ?

Cette discussion complexe ne peut se résumer. L'auteur envisage l'hypothèse

que le temps de décoloration du pomphus au bleu de méthylène serait un indice de l'eucolloïdité dermique et principalement de la disponibilité ou non de facteurs tissulaires particuliers identifiables avec les principes diffuseurs.

BELGODÈRE.

I. ZELIGMANN. — **Porphyrinurie dans les dermatoses** (Urinary Excretion of porphyrin in Dermatosis). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **54**, n° 3, septembre 1946, pp. 281-291. Bibliogr.

Rappel des premiers travaux sur cette question (Anderson, 1898; Gunther, 1911), puis de ceux de McFarland, Strain et Brunsting, Brugsch et O'Leary et des travaux plus récents qui montrent l'intérêt de cette recherche dans les affections cutanées déterminées ou aggravées par les rayons solaires (lupus érythémateux, hydroa estivale, etc..., xeroderma pigmentosum, urticaire solaire).

Parmi les différentes méthodes, l'auteur a employé celle qui est basée sur l'étude de la bande d'absorption (méthode employée également par Kapp et Coburn et par Maechling).

L'excrétion de coproporphyrine a été constatée dans certaines affections sans relation avec la lumière, par exemple dans un cas d'acné vulgaire, de xanthome tubéreux, de dermatophytes, dans 2 cas de psoriasis. Porphyrine normale dans un cas d'hydroa estivale.

Dans le xeroderma pigmentosum : 2 cas avec chiffres normaux, un cas avec taux plus élevé. Dans 2 cas d'épidermolyse bulleuse héréditaire : pas d'uroporphyrine et taux normal de coproporphyrine.

Dans le lupus érythémateux : excrétions normales de porphyrine dans 22 cas sur 29; mais augmentation de la coproporphyrine dans 7 cas. Dans les formes disséminées ou subaiguës du lupus érythémateux : taux normal de coproporphyrine sauf dans un cas sur cinq; mais chez 4 malades atteints de lupus disséminé aigu la coproporphyrine urinaire était augmentée (il est vrai que toute hyperpyrexie peut s'accompagner du même phénomène).

En résumé : sur 126 malades atteints de dermatoses variées, la recherche de la porphyrinurie a été négative. Les taux de coproporphyrine ont été le plus souvent normaux et les cas où elle était augmentée ne correspondaient pas nécessairement à des photodermatoses. L'augmentation de la coproporphyrine ne peut donc être considérée comme un critère des dermatoses de lumière.

L. GOLÉ.

Paul GUICHARDOT. — **Exploration de la réaction cutanée à l'histamine en dermatologie.** *Thèse Lyon*, 1946. Moulin, édit., 89 p., bibliogr.

L'auteur a exploré la sensibilité cutanée à l'histamine au moyen d'injections intradermiques avec des solutions à 1/100.000. Cette sensibilité est nettement exagérée dans les dermites artificielles, les névrodermites localisées, les prurigos, les eczémas variqueux. Elle est élevée dans l'urticaire, la maladie de Dühring-Brocq, le prurit de la gale et le prurit anal. Elle est normale dans l'eczéma et diminuée dans le prurit sénile. Le prurit ne serait donc pas, dans toutes ses formes, sous la dépendance d'une libération d'histamine. Il y a en général parallélisme entre la sensibilité cutanée à l'histamine et l'action des antihistaminiques de synthèse.

JEAN LACASSAGNE.

3p. — *Radiothérapie.*

P. JACOB. — **Indications et résultats de la contact-thérapie en dermatologie.** *Revue médicale de l'Est*, t. **72**, 1er-15 mars 1947, pp. 66-71, pas de bibliogr.

Rappel des principes de la méthode de Chaoul. L'auteur l'a appliquée dans le

lupus et les *ulcérations tuberculeuses* (bons résultats mais non définitifs; détruire à l'électro-coagulation les lupomes résistants), les *angiomes* plans et tubéreux (nécessité d'une dose pour radio-épidermite), les petites *chéloïdes*, les *verrues* isolées de la main et des plantes (excellents résultats, chute en 4 à 6 semaines), les *cors*, les *durillons*, les *dermatoses précancéreuses* (dyskératose sénile, etc.), les *épithéliomas* n'intéressant pas les plans profonds (105 cas) à raison d'une séance pour un diamètre jusqu'à 15 millimètres, 2 ou 3 séances pour 30 millimètres, 4 à 5 séances jusqu'à 5 centimètres, et sous condition de non infection secondaire, le *nævo-carcinome* (un cas guéri par 4.512 r en 8 minutes).

A. Touraine.

3q. — *Chimiothérapie.*

Divers. — **Bases de la chimiothérapie** (Background to chemotherapy). *British medical Bulletin*, t. **4**, n° 4, 1946, pp. 241-308.

Ce numéro, entièrement consacré à l'histoire et aux bases de la chimiothérapie comporte notamment les articles suivants :

E. Lourie (pp. 243-248, bibliographie) : Esquisse de l'histoire de la chimiothérapie, depuis Bombastus de Hohenheim (1493-1541), et de ses applications au paludisme, à la syphilis, aux trypanosomoses.

H. Florey (pp. 248-258, bibliographie) : Principaux progrès dans l'application à la thérapeutique des antagonismes microbiens, depuis Pasteur et Joubert (1877), Garré (1887), Dœhle (1889), Lode (1903), Colebrook (1915), Gratia (1925), etc., jusqu'à la découverte de l'action antibiotique du *Penicillium notatum*, par Fleming (1929), puis des lichens (Burkholder, 1944), de certaines plantes vertes (Osborn, 1945), de certaines basidiomycètes (Wilkins, 1944).

H. McIlwain (pp. 258-263, bibliographie) : Analyse de l'action antibactérienne (sur la croissance, la vitalité).

P. Fildes (pp. 263-266, bibliographie) : La nutrition des bactéries.

F. Selbie (pp. 267-271, bibliographie) : La résistance des microbes aux produits chimiothérapiques; étude de la pénicillino-résistance.

G. Andrews et H. King (pp. 272-275, bibliographie) : La chimiothérapie des rickettsioses et des maladies à virus.

L. Garrod (pp. 275-280, bibliographie) : Principes et pratique de la chimiothérapie locale.

J. Gaddum (pp. 280-284, bibliographie) : Principes de l'administration des produits chimiothérapiques.

J. et Mme Tréfouël, D. Bovet et F. Nitti (pp. 284-289, bibliographie) : Contribution de l'Institut Pasteur aux progrès de la chimiothérapie.

F. Young (pp. 289-290, bibliographie) : Claude Bernard et le hasard scientifique.

A. Touraine.

M. Garnier (Beyrouth) et R. G. Douris (Paris). — **Quelques notions générales sur les sulfamides.** *Revue médicale du Moyen-Orient*, année **4**, n° 10, 1946, pp. 497-524.

Importante et claire étude de la chimie des sulfamides (synthèse, propriétés chimiques), leur pharmacologie, leur sort dans l'organisme, leurs principaux modes d'administration, leurs inconvénients, et la sulfamido-résistance.

[Publication déposée à la Bibliothèque Feulard de l'Hôpital Saint-Louis].

A. Touraine.

R. Henry. — **Le mode d'action des sulfamides** (The mode of action of sulfonamides). *Publication of Josian Macy Jr. Foundation*, vol. **2**, n° 1, 1944, 72 pages, très longue bibliogr.

Très importante étude sur la pharmacodynamie des sulfamides, leurs antagonistes, leurs effets sur les processus physiologiques et pathologiques dans les tissus et sur les virus, les protozoaires, les plantes. Analyse des conditions qui modifient l'action des sulfamides; spécificité de celles-ci; synergie avec les anticorps, les bactériophages. Mécanisme de l'inhibition des divisions cellulaires.

[Ouvrage déposé à la Bibliothèque Feulard, Hôpital Saint-Louis].

A. Touraine.

Pietro Cerutti (Padoue). — **Sur le mécanisme d'action des produits sulfamidés** (Sul mecanismo d'azione dei preparati sulfonamidici). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **86**, fasc. 1, novembre 1945, pp. 1 à 22. Trois pages de bibliographie.

Revue générale des différentes recherches qui, dans ces quinze dernières années, se sont proposé de résoudre le complexe problème du mode d'action des produits sulfamidés. Il s'agit en somme d'une analyse dont il est donc difficile de faire une analyse. Bornons-nous à en esquisser quelques traits essentiels.

Un « premier paradoxe » a été la démonstration que l'action du médicament est en étroite relation avec la charge bactérienne et avec la quantité de sulfamide présente ce qui est en contradiction avec ce que nous savons sur l'action des désinfectants et des médicaments chimiothérapiques.

Un « second paradoxe » a été la constatation dans les expériences *in vitro*, que les sulfamides agissent mieux en présence de sang seul que sur le sang dilué dans du bouillon, c'est-à-dire mieux sur un milieu plus riche en substances protéiques, ce qui est en contradiction avec ce que nous savons sur les désinfectants et les médicaments chimiothérapiques, dont l'action est d'autant plus nette que plus faible est la proportion des substances protéiques et que surtout quand elles agissent en solution physiologique.

Les diverses recherches qu'il est impossible de résumer ont amené les chercheurs à admettre que les sulfamides exercent une double action : action sur le germe qui serait atténué dans sa virulence et action indirecte sur l'organisme dont les moyens naturels de défense seraient activés. L'action sur le germe serait un effet bactériostatique.

Mais par quel mécanisme intime se développe la lutte entre les sulfamides et le germe ? C'est ce que les recherches les plus récentes se sont efforcées d'établir.

Lockwood montra que les peptones ont une action antibactériostatique et il pensa que les germes utilisent la peptone comme matériel nutritif entravant ainsi l'action des sulfamides.

Puis Woods démontra que le « filtrat complexe de levure » possédait la même propriété antisulfamidique. C'est le « phénomène de Woods » et cet auteur réussit à identifier le facteur antibactériostatique, qui serait l'acide para-aminobenzoïque. Par un jeu d'interférences réciproques suivant les proportions mutuelles, ce serait tantôt l'action bactériostatique, tantôt l'action antibactériostatique qui prévaudrait.

Des recherches ultérieures de divers auteurs ont confirmé ce rôle de l'acide para-aminobenzoïque vis-à-vis du streptocoque, du gonocoque.

On a été ainsi amené à se demander si, dans l'organisme de certains sujets, il n'existerait pas des substances à action antisulfamidique. Nitti et Palazzoli ont cru pouvoir en affirmer l'existence dans l'urine.

Le rôle de certaines vitamines a été également envisagé par divers auteurs. Il se

produirait dans l'organisme un antagonisme entre les facteurs de croissance des germes ou « ergones » telles les vitamines et d'autres substances « anti-ergones » telles les sulfamides. On a fait ainsi intervenir la vitamine B_1, le facteur PP, l'acide nicotinique, la vitamine C. Plusieurs auteurs ont constaté que les sulfamides étaient mal tolérés par certains sujets chez qui il existait une carence d'acide ascorbique tandis qu'ils étaient bien supportés par les sujets chez qui cette carence n'était pas constatée. Et chez certains intolérants on a vu l'intolérance disparaître par administration d'acide ascorbique.

En somme, sur la question du mécanisme d'action des sulfamides, beaucoup de données importantes ont été acquises dans ces dernières années, mais bien des points restent encore obscurs. Ce qui est bien acquis en tout cas, c'est que pour expliquer le mode d'action de ces médicaments sur un grand nombre d'infections, on ne peut pas se rapporter aux modes d'action par lesquels agissent les désinfectants et les produits chimiothérapiques.

BELGODÈRE.

W. CLARK (Minneapolis). — **Études sur la pénétration des sulfamides dans la peau. III. — Pénétration de la sulfanilamide et du sulfathiazol dans la peau intacte et traumatisée du cobaye, en divers véhicules y compris les polyéthylène-glycols (Carbowax)** (Studies on the penetration of sulfonamides into the skin. III. Penetration of Sulfanilamide and sulfathiazole into intact and injured skin of Guinea pigs from various vehicles, including polyethylene glycols (« Carbowax »). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 5, novembre 1946, pp. 523, 534, 6 tableaux, 5 fig., bibliogr.

Dans 2 articles précédents (*Am. J. Med. Sci.*, **205**, 1943, 518 et **206**, 1943, 610), l'auteur a étudié la pénétration de préparations huileuses dans l'eau et de préparations aqueuses dans l'huile. La concentration des sulfamides a peu d'importance, la durée d'application augmente la pénétration. La sulfacétimide sodique soluble pénètre mieux que la sulfanilamide, le sulfathiazol ou la sulfadiazine.

Après une revue des travaux sur la même question, l'auteur conclut de ses recherches que, si la peau est traumatisée, le pouvoir de pénétration est quadruplé pour les préparations aqueuses dans l'huile (hydrosorb) et augmentée 9 fois pour celles en mélanges de polyéthylène glycols (carbowax). La durée d'application (entre 1 et 6 heures) ainsi que la concentration modifient peu la pénétration; celle-ci a atteint son maximum en une heure ou moins; la meilleure concentration est de 10 o/o.

En peau saine, le véhicule importe peu; en peau traumatisée les préparations au carbowax pur pénètrent mieux que celles au pétrole-carbowax et celles-ci mieux que celles à l'hydrosorb. Le carbowax a, de plus, l'avantage d'être peu toxique.

A. TOURAINE.

L. SEMMOLA et G. GARDENGHI. — **Recherches systématiques sur l'absorption cutanée de quelques médicaments en usage dans le traitement des dermatoses. Note III. Sur la possibilité d'une absorption transcutanée du sulfaméthylthiazol** (Ricerche sistematiche sull' assorbimento cutaneo di alcuni farmaci in uso nella therapia locale delle dermatosi. Nota III. Sulla possibilita di un assorbimento transcutaneo del sulfametiltiazole). *Il Dermosifilografo*, année **20**, vol. **21**, n°s 3-4, mars-avril 1946, pp. 65 à 76. Bibliographie.

Les sulfamides ont atteint une grande diffusion dans le traitement des dermatoses microbiennes et les auteurs ont été ainsi amenés à entreprendre des recherches sur la possibilité d'absorption de ces médicaments à travers la peau. Dans leurs expériences, ils ont utilisé le sulfaméthylthiazol qui est la préparation la plus employée pour la confection de pommades et de poudres utilisées en dermatologie. Les recherches ont été pratiquées soit après des applications sur peau saine,

soit après des applications sur la peau atteinte de diverses lésions. La présence du produit sulfamidique a été recherchée dans le sang et dans l'urine en se servant de la méthode de dosage préconisée par Marshall avec une légère modification technique. Ils ont recherché à la fois le sulfamide à l'état libre et à l'état conjugué.

Voici les résultats : sur la peau saine : absorption absolument nulle. Lésions de pyodermites : pas d'absorption appréciable. Ulcère de jambe : pas de traces de sulfamides ni dans le sang ni dans l'urine. Eczémas microbiens et impétiginisés : traces légères dans le sang et dans les urines. Brûlures : présence nette de sulfamides dans le sang et l'urine.

Les auteurs concluent que l'absorption des sulfamides à travers la peau n'est possible que dans le cas de solution de continuité assez larges de l'épiderme et des couches superficielles du derme. Cette absorption est du reste de faible importance car les valeurs les plus élevées de l'élimination urinaire dans les 24 heures consécutives à l'application cutanée oscillent entre 1/400 et 1/150 de la quantité du médicament utilisé pour le traitement des lésions cutanées étendues.

BELGODÈRE.

W. L. DOBES. — **Les complications de l'emploi des sulfamides comme topiques** (Complications of topical use of sulfonamides). *Georgia Medical Association Journal*, t. **36**, février 1947, p. 70.

Dobes décrit les complications suivant l'emploi des sulfamides comme topiques. Il y a une réaction vésiculeuse, avec lésions érythémateuses, vésiculeuses et parfois même bulleuses. Les aires de contact sont envahies mais l'éruption peut se généraliser, même après la suppression de l'emploi du produit.

La réaction eczématoïde est caractérisée par des plaques suintantes qui, en général, apparaissent sur et autour des aires de contact. Parfois un peu de saignotement et des croûtes sanguinolentes se voient sur les lésions. Occasionnellement, un peu de vésiculation se note à la périphérie de la plaque. Dans les réactions sévères, une éruption de sensibilisation appelée « ide » peut apparaître à distance sur le corps. Cliniquement, l'éruption « ide » est maculeuse, maculo-papuleuse et vésiculeuse. L'éruption semblable à l'eczéma nummulaire apparaît habituellement après l'emploi prolongé des sulfamides locales. L'éruption est caractérisée par des plaques ovales, circonscrites, infiltrées et suintantes. Il y a une sensibilité dermique et épidermique dans laquelle les éruptions sont différentes d'aspect et de gravité et peuvent donner l'image typique d'une éruption médicamenteuse. Le traitement des éruptions dues aux sulfamides doit toujours être simple et doux. Lorsqu'une éruption apparaît, le médicament doit être supprimé. Les rayons ultra-violets et la radiothérapie sont contre-indiqués car les sulfamides sont des produits photosensibilisateurs. L'emploi des sulfamides en applications locales doit être déconseillé et la vente libre dans les pharmacies doit être interdite.

M. BALTER.

Le gérant : G. MASSON.

DÉPÔT LÉGAL : 1948, 3e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 718, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, N° 923. — 9-1948.

TRAVAUX ORIGINAUX



TRAITEMENT SURINTENSIF DE LA SYPHILIS RÉCENTE (PÉNICILLINO-BISMUTHO-MERCURIEL QUOTIDIEN)

Par A. TOURAINE

Après les recherches de Levaditi et Vaisman qui démontraient la synergie de la pénicilline et du bismuth dans le traitement de la syphilis expérimentale du lapin, Gougerot, Tzanck, Pautrier, Y. Bureau et moi-même avons considéré, dès 1946, l'association pénicilline-bismuth comme la médication d'assaut de l'avenir dans la syphilis récente, chez l'homme. Je constatais bientôt que la pénicilline élevait considérablement la tolérance de l'organisme vis-à-vis du bismuth et j'arrivais rapidement à faire, durant une cure de 3.200.000 à 4.000.000 unités de pénicilline (400.000 par jour), une injection quotidienne de bivatol pendant le même temps. Sur 30 premiers malades, je ne notais qu'un seul léger liséré bismuthique gingival et la guérison clinique des accidents était nettement accélérée. La pénicilline joue donc un rôle important de couverture vis-à-vis des métaux lourds, rôle que Fernet, Durel confirment peu après, que Rudloff, Rabut utilisent selon des techniques un peu différentes et que Merklen retrouve pour l'arsenic.

Voulant bénéficier de l'action synergique des médicaments antisyphilitiques usuels, U. Wile avait proposé, en 1946, un traitement triple, pénicillino-bismutho-arsenical. Il donnait, en plus de 1.200.000 U. de pénicilline en 60 injections pendant 7 jours et demi (dose qui fut augmentée par la suite), 5 injections de 0 gr. 06 de mapharsen à raison d'une tous les deux jours et 3 injections de salicylate de bismuth (les premier, cinquième et neuvième jours). Cette technique, désignée par la formule 5-12-3, fut essayée, en France, par Pautrier et par Gougerot qui notèrent la fréquence des incidents et même des accidents d'intolérance pour l'arsenic.

Dans le même esprit, je fis une première série d'essais de traitement triple surintensif, portant sur 128 syphilitiques primo-secondaires, avec le novarsénobenzol comme troisième médicament. Outre 3.200.000 à 4.400.000 U. de pénicilline en 8 à 10 jours (400.000 U. par jour) et une injection quotidienne de bivatol dans le même temps (série de bismuth qui, après les 10 jours, était complétée à 20 par injections bi-hebdomadaires), je donnais du novarsénobenzol à raison de 0 gr. 15 le premier jour, 0 gr. 60 à 0 gr. 90 (0 gr. 01 par kilogramme) les deuxième et troisième jours, puis 0 gr. 15 chaque jour pendant 4 à 7 jours. Les résultats cliniques étaient excellents. Sur 23 chancres, 50 o/o se cicatrisaient en 3 à 6 jours, 40 en 7 à 10 jours et seulement 10 en plus de 11 jours. Sur 34 roséoles, 60 o/o disparaissaient en 2 ou 3 jours, 40 en 4 à 5 jours. Sur 17 cas de plaques muqueuses érosives, 25 o/o s'épidermisaient en 2 à 4 jours, 63 en 5 à 7 jours, 12 en plus de 8 jours. Sur 12 syphilides papuleuses, 33 o/o s'affaissaient en 2 à 4 jours, 25 en 5 à 7 jours, 25 en 8 à 10 jours, 17 en 11 à 12 jours. La sérologie se négativait dans 4,3 o/o en moins de 30 jours après la dernière injection de

Publication périodique bimestrielle.

pénicilline, dans 13,2 en 31 à 40 jours, dans 58 en 41 à 60 jours, dans 71 en 61 à 80 jours, dans 85 en 81 à 100 jours. Sur 104 cas, un seul avait résisté un an.

Comparant ma technique avec celle de Wile, modifiée par lui, Huriez constatait que, à la fin de la série, les lésions étaient cicatrisées dans 100 o/o des cas avec la méthode de Touraine et dans 76 o/o avec celle de Wile alors que la sérologie, en résultat quelque peu anormal, aurait été, dans le même temps, négativée dans 57 o/o des cas avec la méthode de Wile et dans 34 o/o avec celle de Touraine.

Mais, comme Pautrier et Gougerot, je constatais que les incidents d'origine arsenicale n'étaient pas rares (14 cas dont 8 érythèmes sur 128 malades). De son côté Thiers accusait 6 accidents sur 10 cas. J'ai donc renoncé à l'emploi de l'arsenic dans le traitement surintensif triple.

*
* *

Pour réaliser une attaque aussi énergique que possible de la syphilis récente, j'ai alors associé le mercure à la médication pénicillino-bismuthique quotidienne qui avait fait ses preuves d'efficacité et d'innocuité, et j'ai remplacé le novarsénobenzol par un autre antisyphilitique puissant, le cyanure de mercure.

Dans une nouvelle série d'essais, portant sur 300 syphilitiques primaires ou secondaires, j'ai injecté, pendant 8 à 12 jours, en plus de la pénicilline et du bivatol, chaque jour 0 gr. 01 ou, souvent, 0 gr. 02 de cyanure de mercure (généralement 0 gr. 01 pour un poids inférieur à 65 kilogrammes, 0 gr. 02 pour plus de 65 kilogrammes). La tolérance a été à peu près parfaite puisqu'il n'a été noté, durant ce traitement, que 4 cas de stomatite mercurielle ou bismuthique, d'ailleurs tous bénins et passagers. Aussi cette technique est-elle devenue désormais le traitement standard de mon service ; elle a été actuellement utilisée pour environ un millier de malades avec des résultats aussi constants que dans cette série d'essais.

Deux dosages différents de la pénicilline ont été employés. Chez 161 malades, on a injecté chaque jour 400.000 unités, jusqu'à une dose totale de 3.200.000 à 4.800.000 ; chez 139 autres, la dose a été portée à 1 million d'unités par jour pendant 10 à 12 jours (au total 10 à 12 millions d'unités). En outre, chaque jour, une injection intraveineuse de cyanure de mercure et une injection intramusculaire d'une ampoule de bivatol. Après la fin de la cure de pénicilline, la série des injections de bivatol était complétée à 20, à raison de deux par semaine.

La plupart de ces traitements ont été faits en hospitalisation pour surveiller de près la tolérance des malades. Celle-ci ayant été très satisfaisante, les injections sont souvent pratiquées maintenant en traitement ambulatoire, au dispensaire ; la pénicilline est injectée en une ou deux fois par jour dans un solvant-retard, c'est-à-dire dissoute dans 4 centimètres cubes d'eau renfermant 0 gr. 10 de citrate de soude et de novocaïne, aspirée dans une seringue renfermant 6 centimètres cubes du propre sang du malade, prélevé à la veine, et injectée aussitôt dans la masse musculaire des fesses.

Les *résultats cliniques* se sont montrés encore supérieurs à ceux du traitement triple à l'arsenic. Les chancres se sont épidermisés en 3 à 6 jours dans 59 o/o des cas, en 7 à 10 jours dans 38 o/o, en plus de 11 jours dans 2,5 o/o ; les roséoles ont disparu en 2 ou 3 jours dans 64 o/o, en 4 à 5 jours dans 21 o/o, en 6 à 8 jours dans 15 o/o ; les plaques érosives en 2 à 4 jours dans 61 o/o, en 5 à 7 jours dans 36 o/o, en plus de 8 jours dans 3 o/o ; les syphilides papuleuses en 2 à 4 jours dans 31 o/o, en 5 à 7 jours dans 45 o/o, en plus de 8 jours dans 24 o/o. Les résultats ont été sensiblement les mêmes si la dose quotidienne de pénicilline a été de 400.000 ou de 1 million d'unités.

Les *résultats sérologiques* ont été, eux aussi, supérieurs à ceux du traitement triple à l'arsenic. Les réactions (Wassermann ou Hecht, Kahn) ont viré au négatif généralement en 20 à 70 jours, mais avec une rapidité nettement plus grande quand la dose quotidienne de pénicilline a été de 1 million que lorsqu'elle a été de 400.000.

Avec la dose de 400.000 unités, le délai habituel a varié entre 30 et 70 jours après la dernière injection de pénicilline : 11 à 20 jours dans 0,5 o/o, 21 à 30 jours dans 3,2 o/o, 31 à 40 jours dans 10 o/o, 41 à 50 jours dans 18 o/o, 51 à 60 jours dans 26,2 o/o, 61 à 70 jours dans 14,6 o/o, 71 à 80 jours dans 3,2 o/o, 81 à 90 jours dans 5,7 o/o, 91 à 100 jours dans 5,2 o/o, 101 à 120 jours dans 11,9 o/o. Sur 161 sérums, 4 seulement étaient encore positifs après 4 mois. Le maximum des virages s'est donc fait entre 51 et 70 jours (40,8 o/o des cas) ; à 70 jours, trois réactions sur quatre étaient devenues négatives.

Avec la dose de 1 million d'unités, le délai a varié entre 20 et 50 jours après la dernière injection de pénicilline : 11 à 20 jours dans 4,5 o/o, 21 à 30 jours dans 18,2 o/o, 31 à 40 jours dans 25 o/o, 41 à 50 jours dans 25 o/o, 51 à 60 jours dans 9,1 o/o, 61 à 70 jours dans 4,5 o/o, 71 à 80 jours dans 4,5 o/o, 81 à 100 jours dans 4,5 o/o. Sur 139 sérums, 4 seulement ont mis de 100 à 120 jours pour devenir négatifs. Le maximum des virages s'est donc fait entre 31 et 50 jours (50 o/o des cas) ; à 50 jours les trois quarts, à 60 jours 86,5 o/o des sérums étaient devenus négatifs Le gain moyen de cette deuxième technique a donc été de 20 jours.

Notons, au surplus, qu'aucune syphilis primaire initialement séro-négative n'est devenue positive par la suite.

La *tolérance de l'organisme* vis-à-vis de ce traitement surintensif pénicillino-bismutho-mercuriel quotidien m'a toujours paru excellente. Aucun incident clinique n'a marqué ces cures. hormis, assez souvent, le petit clocher thermique à 38° habituel après les premières injections de pénicilline. Les urines sont toujours restées normales. Il a été exceptionnel de noter un liséré gingival bismuthique ou une légère gingivite mercurielle ; ces manifestations buccales ont d'ailleurs été toujours très discrètes et passagères. Il est remarquable, au contraire, de constater combien, dans la presque totalité des cas, l'état de la bouche reste bon malgré l'emploi

simultané de deux métaux lourds et malgré, souvent, la présence de caries ou de tartres dentaires. L'étude des fonctions hépatiques et rénales, faite par Durel et d'autres, montre que ces viscères restent normaux.

Il faut cependant signaler que la tendance à une légère stomatite bismuthique est quelquefois un peu plus prononcée que d'habitude pendant la période d'environ 4 semaines au cours de laquelle la série d'injections de bismuth est complétée à 20, à raison de deux par semaine, après les 10 à 12 jours de pénicilline. Mais, ainsi que je l'ai montré avec Balter, cette stomatite peut être aisément prévenue ou guérie si, pendant cette période, on injecte 100.000 unités de pénicilline avant l'injection de bismuth. Durel a confirmé ce rôle de couverture de la pénicilline et a proposé une légère modification de cette dernière technique, en continuant des injections de 50.000 unités de pénicilline deux ou trois jours après la dernière injection de bismuth.

Il semble même que cette action protectrice de la pénicilline puisse atteindre un niveau très élevé. Dans des essais très récents, Popchristoff, Gheorgieff et Levcoff ont pu injecter, en même temps et sans incident, 4 gr. 5 à 5 gr. 5 de novarsénobenzol en 3 à 4 jours, à raison de 0 gr. 60 toutes les 6 heures, et 15 centimètres cubes de bismuth en 3 jours, en se contentant d'injecter, pendant ces 3 à 4 jours, 500.000 à 600.000 unités de pénicilline, en piqûres toutes les deux heures et notamment 30 à 60 minutes avant chacune des injections d'arsenic.

*
* *

Certains auteurs ont émis l'opinion que, dans les traitements mixtes par la pénicilline et les métaux lourds, la pénicilline pouvait, dans une certaine mesure, exercer une action antagoniste vis-à-vis du métal lourd et neutraliser l'action antisyphilitique de ce dernier.

Cette opinion est en contradiction avec celle de la plupart des syphiligraphes et avec les constatations cliniques. Il est hors de doute, en effet, que la cicatrisation des lésions syphilitiques est, par les traitements mixtes, nettement plus rapide qu'avec chacun des médicaments pris isolément. Elle est aussi en contradiction avec les recherches expérimentales de Levaditi et Vaisman et, plus récemment, de Monash, de Magnuson et Rosenau. D'autre part, la négativation de la sérologie est indiscutablement plus rapide (d'environ 20 jours) lorsqu'on élève la dose de pénicilline de 400.000 à 1 million d'unités par jour ; cet antibiotique est donc un puissant antisyphilitique dont l'action s'ajoute à celle des métaux lourds.

Toutes ces constatations, toutes ces recherches démontrent donc que l'association pénicilline-métaux lourds, loin d'être antagoniste, se montre, au contraire, hautement synergique. La formule de ces traitements mixtes tend à se généraliser en tous pays et particulièrement aux États-Unis. Je considère, pour ma part, que le traitement surintensif triple, pénicillino-bismutho-mercuriel quotidien, réalise un progrès sensible sur les schémas

antérieurs de traitement d'assaut de la syphilis récente et même sur l'association pénicilline-bismuth bi- ou tri-hebdomadaire. Mais il reste bien entendu qu'il ne s'agit là que du traitement d'assaut et que rien n'est à changer dans la conduite ultérieure du traitement dit d'entretien, pour lequel je garde ma fidélité à la médication bismuthique prolongée.

Une question reste à discuter, celle de choisir entre les doses de 400.000 ou de 1 million d'unités de pénicilline par jour. Au point de vue clinique, les résultats de ces deux techniques sont sensiblement identiques et l'on peut se demander s'il convient d'engager, pour tout syphilitique récent, les frais déjà élevés que représentent ces doses importantes d'un médicament assez coûteux. Cependant, on se rappellera que, avec la dose quotidienne d'un million d'unités, la sérologie se négative généralement en 30 à 50 jours, alors que ce virage demande 50 à 70 jours avec la dose de 400.000 unités. Ce gain de 20 jours prend tout son intérêt chez la syphilitique en état de grossesse, lorsqu'il s'agit de préserver l'enfant le plus rapidement possible d'une contamination ; il en est de même chez les prostituées, les soldats en cours de campagne, les malades en imminence de déplacements qui les écarteront de soins réguliers et, d'une façon générale, toutes les fois que l'on veut agir vite et fort. Mais n'est-ce pas là la ligne de conduite que l'on est en droit d'adopter pour presque tous les syphilitiques ?

LE PROBLÈME DE LA BALANITE SYPHILITIQUE LA VULVO-VAGINITE PRIMAIRE SYPHILITIQUE

Par Eugène FOLLMANN
Professeur agrégé, Médecin-Chef de la Section dermatologique de l'O. T. B. A., à Budapest.

I. — Balanite syphilitique

La balanite spécifique est un symptôme très précoce de l'infection syphilitique. Depuis ma première communication et depuis mes observations ultérieures, la littérature médicale a apporté une confirmation de plus en plus étendue de mes vues. Il me semble donc utile de faire une mise au point de l'état actuel de la question. Je traiterai des problèmes posés par cette manifestation et, plus particulièrement, de ceux que la balanite spécifique syphilitique peut résoudre.

Cas I. — *Première observation de Follmann.* — Financier de 22 ans. Deux coïts remontant à 3 et à 6 semaines. Auparavant, abstinence depuis plusieurs mois.

Actuellement, la surface du gland et du prépuce est, depuis 10 jours, très rouge, enflammée et suinte abondamment. Aucun écoulement urétral, aucune sensation de picotement. Dans le pli inguinal gauche, il existe depuis quelques jours un ganglion indolore de la grosseur d'une noisette. Le gland et la muqueuse préputiale présentent plusieurs excoriations superficielles, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui suintent abondamment. Ni dans le tissu de la verge, ni dans la paroi de l'urètre on ne peut observer d'induration ou de granulation suspecte. Pas de sécrétion dans le canal urétral, pas d'efflorescences pathologiques sur le corps.

L'inflammation du gland a un caractère diffus, s'étendant à toute sa surface. La sérosité qui suinte des excoriations se reforme après chaque nettoyage, en quelques minutes, et se rassemble en gouttes de rosée, d'abord de la grosseur d'une tête d'épingle puis plus grandes. Les recherches de tréponèmes à l'ultra-microscope, après des pansements répétés avec la solution de NaCl physiologique, donnent à diverses reprises, en 4, 12, 30 et 34 heures, des résultats positifs. Une symbiose fuso-spirillaire n'a pas pu être constatée. La flore bacillaire est banale. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation, 4 semaines après l'infection, se montrent positives.

Biopsie : L'aspect microscopique de la muqueuse du prépuce et de la surface du gland, entre le sillon coronaire et l'orifice de l'urètre, montre, dans l'épiderme, des mitoses assez nombreuses, quelques cellules rondes dans les espaces intercellulaires, un acanthose discrète, une ectasie capillaire dans la couche papillaire du chorion et une infiltration lymphocytaire papillaire et périvasculaire très modérée, avec quelques leucocytes et plasmazelles. Prolifération discrète des fibroblastes.

Cas II. — *Première observation de Gerencsér* (sous le titre *Injection syphilitique primaire se manifestant sous l'aspect d'une balanite spécifique*). — Après une

incubation de 6 semaines, sur le dos du gland et autour de l'orifice de l'urètre se développe une inflammation diffuse qui suinte abondamment et, « contrairement à toutes les autres formes de l'affection syphilitique primaire, aucune infiltration ne peut être constatée, pas même par la palpation la plus fine ». Les ganglions lym-

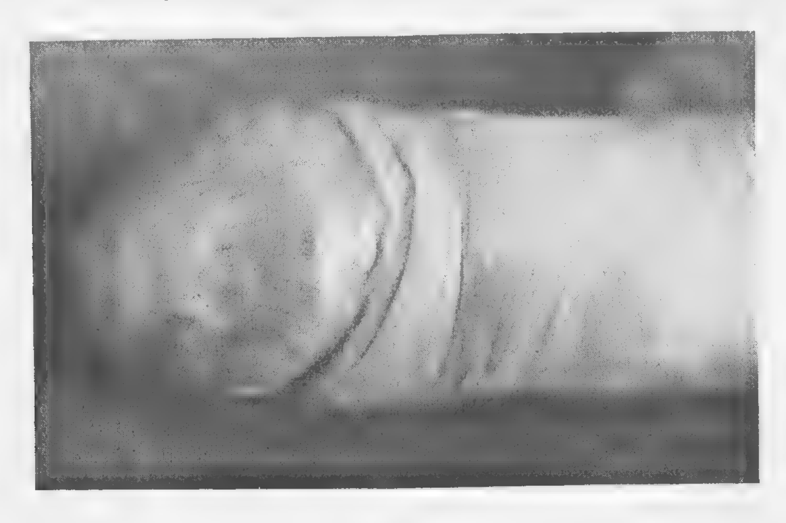


Fig. 1.



Fig. 2.

phatiques inguinaux ne sont pas augmentés de volume. La recherche du tréponème pâle dans la sérosité du gland donne, pendant 4 jours, des résultats positifs. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation se montrent, pendant la période d'observation, de plus en plus positives. La guérison de la balanite a lieu le 9e jour, après la 2e piqûre de novar.

Cas III. — *Observation de Szathmary.* — Ouvrier de 26 ans, aurait subi, il y a 5 ans, 3 traitements spécifiques contre la syphilis. Dernier coït remontant à 2 mois. Actuellement le gland est d'un rouge vif et suinte abondamment. Dans la sérosité des érosions de la balanite, on trouve, même après des pansements répétés avec la solution de NaCl physiologique, de nombreux tréponèmes pâles. Dans le sillon balano-préputial on constate une érosion de la taille d'une lentille. Les ganglions lymphatiques inguinaux sont augmentés, de la taille d'un pois, mais indolores. La réaction de Bordet-Wassermann et celle de précipitation sont positives.

Cas IV. — *Deuxième observation de Follmann.* — Employé de 42 ans. Dernier coït remontant à 5 semaines. Aucun écoulement urétral, aucun picotement. Aucun traitement n'a été institué.

Actuellement, depuis une semaine, la surface du gland et la face interne du prépuce sont d'un rouge vif, suintent abondamment et sont couvertes d'excoriations superficielles, sans aucune infiltration appréciable ni induration. Dans les deux plis inguinaux, quelques ganglions lymphatiques indolores, de la grosseur d'un pois. La recherche des tréponèmes pâles, faite au cours des pansements à la solution physiologique de NaCl, donne un résultat positif, même le 5e jour. En même temps, la réaction de Bordet-Wassermann et celle de précipitation sont positives. Après la 2e piqûre du traitement combiné au bismuth et au novar, le 5e jour, les excoriations sont guéries.

Cas V. — *Deuxième observation de Gerencsér.* — Paysan de 40 ans. Plusieurs coïts pendant 1 mois. Depuis 10 jours, inflammation étendue sur le côté gauche du gland, à limites bien nettes. La surface balano-préputiale suinte en gouttes; la sérosité est claire, blanchâtre. La recherche des tréponèmes pâles, faite pendant 19 jours, donne un résultat positif. La palpation ne relève pas de ganglions lymphatiques inguinaux. La réaction de Bordet-Wassermann et celle de précipitation sont négatives. Les excoriations sont guéries quelques jours après le commencement du traitement combiné.

Cas VI. — *Troisième observation de Follmann.* — Employé de 37 ans. Le dernier coït remonte à 4 semaines. Depuis environ 2 semaines, il présente une inflammation diffuse sur la face interne du prépuce et sur le gland. Le voisinage immédiat de l'orifice de l'urètre ne présente pas d'inflammation, en raison de la brièveté relative du prépuce, sur une aire de la dimension de l'extrémité du petit doigt. Aucune infiltration ou induration ne peut être constatée même par la palpation la plus fine. Le malade n'éprouve aucun trouble subjectif, hors un suintement abondant désagréable. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne montrent aucune hypertrophie pathologique. La recherche des tréponèmes pâles dans la sérosité des excoriations superficielles du gland donne, pendant 2 jours, un résultat positif. La réaction de Bordet-Wassermann et celle de précipitation sont négatives. La balanite est guérie le 6e jour du traitement combiné au bismuth et novar, sans traitement local.

Cas VII. — *Première observation de Gougerot, Blum et Mollinedo* (sous le titre *Le problème des balanites pré-chancreuses dites de Follmann*). — Balanite érosive circinée chez un malade de 19 ans. Aucune infiltration ou induration ne peut être constatée sur la surface de gland et du prépuce. Les ganglions inguinaux sont tellement petits qu'un examen ultramiscroscopique par la ponction des ganglions ne peut être pratiqué. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont négatives. La recherche, à l'ultra-microscope, des tréponèmes pâles et des spirilles dans la sérosité des excoriations donne un résultat positif. Dans le sillon balano-préputial débute, les jours suivants, une lésion ulcéreuse qui se montre un peu plus large et plus nettement limitée que les érosions de la balanite, mais sans aucune

infiltration palpable. Le nombre des tréponèmes augmente lentement. En 4 semaines les réactions sérologiques deviennent positives.

Cas VIII. — *Deuxième observation de Gougerot, Blum et Mollinedo.* — Aspect sensiblement habituel d'une balanite érosive circinée typique, se développant 3 semaines après le dernier coït. A l'examen ultra-microscopique de la sérosité des excoriations, on observe des spirilles de Vincent, mais sans tréponèmes pâles; ceux-ci apparaissent au cours de la 4e semaine. Sur le gland et le prépuce, on ne constate ni infiltration circonscrite, ni ulcération. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne présentent aucune hypertrophie. L'examen ultra-microscopique de la sérosité obtenue par ponction de ces ganglions donne un résultat négatif. En même temps, les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont faiblement positives. Après la 5e semaine, on constate dans le canal urétral, à la palpation, un chancre peu à peu induré. Les réactions sérologiques deviennent de plus en plus fortement positives.

Cas IX. — *Observation de Bolgert.* — Malade de 48 ans, de l'Afrique du Nord. Le gland et le prépuce ont une couleur rouge vif, sans aucune induration. Sur la surface, on observe 3-4 excoriations petites, rouges, qui suintent abondamment et, selon Bolgert, ne présentent, nous insistons, aucun des caractères propres d'un accident primaire. L'aspect clinique est celui d'une balanite érosive. Une adénopathie inguinale existe des deux côtés, mais nettement plus développée à droite; elle attire l'attention par son « caractère syphiloïde ». La recherche ultra-microscopique des tréponèmes pâles donne un rtsultat positif, sans spirilles. La guérison est complète en 5 jours.

Cas X. — *Observation de G. Lévy.* — Balanite érosive circinée remontant à 15 jours, sans adénopathie et sans induration circonscrite. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont négatives; elles deviennent positives 3 semaines plus tard. Dans la suite, symptômes d'une syphilis secondaire.

Cas XI. — *Observation de Bessone.* — Malade de 20 ans. La balanite se développe 14 jours après la contamination. Sur le gland on trouve des érosions petites, superficielles, qui suintent abondamment. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne sont pas augmentés de volume. Par l'examen ultra-microscopique on observe de nombreux tréponèmes pâles. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont négatives. 10 jours plus tard débute une induration typique avec adénopathie bilatérale et les réactions sérologiques deviennent de plus en plus positives.

Cas XII. — *Observation de Fejér* (sous le titre *Syphilis primaire sous la forme d'une balanite*). — Le malade, de 34 ans, présente une balanite polycyclique, avec érosions lenticulaires sur le gland, sans aucune induration palpable ni infiltration. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne sont pas hypertrophiés. La recherche du tréponème pâle dans la sérosité des excoriations du gland donne des résultats positifs. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation se montrent négatives.

Cas XIII. — *Observation de Gougerot et Vissian* (sous le titre *La soi disant balanite syphilitique primaire de Follmann*). — Balanite étendue sur le gland et le prépuce, qui débuta 8 jours après la contamination, combinée avec une blennorragie aiguë. Dans les deux plis inguinaux, quelques ganglions lymphatiques, augmentés de volume, indolores. La recherche des spirilles dans la sérosité des excoriations donne un résultat positif. 44 jours après la contamination se développa un chancre typique induré, dans lequel la recherche de tréponème pâle se montra aussi positive. La réaction de Wassermann reste négative.

CAS XIV. — *Observation de Chaton.* — Malade de 45 ans. Il nie toute maladie vénérienne préalable. Plusieurs coïts jusqu'au développement de la balanite érosive qui s'étend sur tout le gland et le prépuce. Le gland est modérément gonflé et un peu sensible, d'une part avec quelques érosions qui suintent abondamment, d'autre part avec une exfoliation superficielle. On ne peut observer aucune induration ni sur le gland, ni sur le prépuce. Pas de signes de blennorragie. Adénopathie discrète. Dans le prélèvement de la sérosité on ne trouve pas de spirilles. Un traitement avec 100.000 unités de pénicilline ne donne aucune amélioration. Deux semaines plus tard, les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation deviennent peu à peu positives. Dans la deuxième semaine du traitement combiné au novar et bismuth, la balanite disparaît.

CAS XV. — *Observation de Gougerot et Pelbois.* — Le malade est porteur de trois petites érosions non indurées, peu suintantes, qui imposent le diagnostic de balanite érosive. A droite du frein, une ulcération plus petite qu'une lentille est indurée. Le tout est indolore. Les ganglions inguinaux bilatéraux sont indolores. L'ultramicroscope montre de nombreux fuso-spirilles et des tréponèmes syphilitiques. Les séro-réactions sont positives. Aucun signe de syphilis secondaire. Le malade ne peut préciser ni les dates des contacts infectants, ni le caractère évolutif des érosions, ni le début de l'induration. Le 5e jour du traitement pénicilline-bismuth à fortes doses, les lésions ont disparu complètement. On ne décèle pas de tréponèmes dans les ganglions, mais les réactions sérologiques restent positives.

Pour faciliter une vue d'ensemble sur la balanite spécifique syphilitique, nous réunissons en un tableau, les données principales de la maladie (voir page suivante).

En ce qui concerne l'aspect clinique de la balanite spécifique, il est nécessaire de préciser que, selon mes observations, elle n'est pas identique à la *balanite érosive circinée.* La photographie publiée dans mon premier travail sur cette maladie démontre de façon formelle qu'il s'agit seulement d'une balanite superficielle. Sur la surface enflammée se trouvent des excoriations fines, superficielles, d'où suinte spontanément une sérosité blanchâtre, abondante. Il faut souligner expressément que cette inflammation a un caractère diffus et c'est le caractère « circiné » (dessin semblable à une carte géographique) qui manque. Je suppose que cet aspect circiné, ainsi que le caractère exfoliatif mentionné par Chaton, est seulement une variété occasionnelle de la balanite primaire syphilitique, causée par une infection concomitante de la maladie.

Si l'on établit un rapprochement entre le caractère circiné et la présence des spirilles, les observations démontrent cette relation. En l'absence de spirilles se manifeste le caractère purement érosif de la balanite primaire. Parmi les 14 observations, il en existe 5 dans lesquelles la recherche des spirilles est négative. C'est dans ces 5 cas que le caractère circiné des lésions fait défaut. Il n'est pas douteux que l'infection spirillaire n'est pas un substratum constant de la maladie, mais seulement une infection occasionnelle, concomitante.

Il est plus difficile, de donner une réponse au sujet des relations entre la balanite primaire et la *balanite vulgaire.* Cette question appelle des observations plus nombreuses et plus détaillées que celles dont nous dis-

	Délai entre le contact suspect et l'apparition de la balanite	Délai entre le contact suspect et la première constatation médicale	Adénopathie	Réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation	Trépo-nèmes	Spi-rilles	Blen-norragie	Complications. Evolution de la maladie	Guérison de la balanite primaire syphilitique
1er cas de Follmann.	10-30 jours	21-42 jours	pos.	positives	pos.	nég.	nég	—	quelq. jours
1er cas de Gerencsér.	—	42 jours	nég.	négatives, plus tard positives	pos.	pos	nég.	—	9 jours
Szathmáry.	—	56 jours	pos.	positives	pos.	—	nég.	érosion lenticulaire	—
2e cas de Follmann	28 jours	28 jours	pos.	positives	pos.	pos.	nég	—	5 jours
2e cas de Gerencsér.	20 jours	30 jours	neg.	3 semaines négatives	pos.	pos.	nég.	—	quelq. jours
3e cas de Follmann.	14 jours	14 jours	nég	4 semaines négatives	pos.	pos.	neg.	—	6 jours
1er cas de Gougerot, Blum et Mollinedo.	—	—	nég.	4 semaines négatives	pos.	pos.	neg.	—	—
2e cas de Gougerot, Blum et Mollinedo.	21 jours	21 jours	nég.	deviennent la 4e semaine positives	pos. la 4e sem.	pos.	nég.	chancre urétral la 5e semaine	—
Bolgert.	-	—	pos.	—	pos.	nég.	nég.	—	5 jours
Levy.	15 jours	15 jours	nég.	négatives, dans la 5e semaine positives	—	—	nég.	plus tard syphilis secondaire	—
Bessone.	14 jours	14 jours	nég.	négatives	pos.	pos	nég.	plus tard induration, adénopathie et B.-W. positif	—
Fejér.	—	—	nég.	négatives	pos.	—	nég.	—	—
Gougerot et Vissian.	8 jours	8 jours	pos.	négatives	pos.	pos.	pos	44 jours, chancre typique	—
Chaton.	—	—	discrète	4e semaine deviennent positives	—	nég.	nég.	paraphimosis	14 jours
Gougerot et Pelbois.	—	—	pos.	positives	pos.	pos.	nég.	érosion lenticulaire	5 jours

posons pour le moment. C'est Chaton qui a pratiqué ces examens, mais sans mettre en évidence aucun caractère décisif. En ce qui concerne la flore bactériologique, en général abondante, du vagin, il est probable qu'une infection banale accompagne toujours l'infection syphilitique balano-préputiale. *Nous ne pouvons attribuer à cette infection banale concomitante une importance prépondérante, mais seulement un caractère secondaire, lequel ne permet, au point de vue du diagnostic différentiel, aucune discussion particulière.* Son rôle secondaire semble être démontré par le fait que la balanite guérit par le traitement spécifique, sans aucun traitement local.

La question suivante, au point de vue du diagnostic différentiel, est la détermination de l'attitude des *ganglions régionaux lymphatiques.* Nous pouvons constater, sans doute, que l'adénopathie apparaît dans la quatrième semaine de la maladie. Dans le cas de Gougerot et Vissian, une adénopathie bilatérale se manifeste déjà 8 jours après l'infection supposée ; mais il y existe en même temps une blennorragie aiguë qui influence considérablement le jugement au sujet de la nature de cette adénopathie.

En ce qui concerne la relation entre le délai d'apparition de la balanite et celui de l'adénopathie, nous avons besoin d'observations plus nombreuses pour aboutir à une conclusion définitive. Il est particulièrement nécessaire de réunir davantage de cas de balanite primaire, observés sans traitement local. En effet, parmi les observations citées, 5 cas témoignent que la balanite primaire a débuté 10-12 jours après la contamination et l'on n'a observé dans aucun cas une adénopathie inguinale. Parmi ces 5 cas l'état des ganglions a été noté deux fois au dixième et quinzième jour de la balanite, tandis que, dans 3 cas, on l'a constaté dès le premier jour de l'existence de la balanite, quand elle n'était, naturellement, pas encore développée.

La relation entre l'adénopathie inguinale et les *réactions sérologiques* est plus rigoureuse. Dans les cas encore séro-négatifs on n'observe pas d'adénopathie. Par contre, l'adénopathie correspond aux réactions positives. Nous pouvons alors constater que la balanite primaire n'est pas accompagnée par une adénopathie inguinale, mais que cette adénopathie apparaît pendant l'évolution de la maladie, lorsque les réactions sérologiques deviennent positives.

Les réactions sérologiques au cours de la balanite primaire sont tout d'abord négatives ; elles ne deviennent positives qu'après la quatrième semaine. Il semble que la contamination ne provoque pas tout de suite la production des anticorps syphilitiques dans l'organisme infecté.

Au point de vue de la balanite primaire et des manifestations des stades ultérieurs de la syphilis, il faut noter que les cas précédents ne permettront pas de constater une relation régulière avec des symptômes de deux sortes.

L'incubation tout à fait irrégulière de la balanite primaire observée sans induration et avec induration ultérieure ne permet pas de supposer qu'il existe, dans les deux cas, un délai différent, utilisable pour le diagnostic. Cette irrégularité témoigne, de nouveau, que la balanite primaire représente un symptôme syphilitique indépendant des autres manifestations de la syphilis.

Après la contamination, la balanite primaire apparaît entre le huitième et le trentième jour. Dans 6 cas, cette période est inférieure à 3 semaines. Dans 7 cas, nous manquons de précision sur ce délai. Mais si nous admettons que, d'après les statistiques de Lévy-Bing et Gerbay, l'incubation de la sclérose primaire dans la plupart des cas est de 3 à 6 semaines, il faut admettre que l'incubation de la balanite primaire est en général plus courte de deux semaines que celle de la sclérose primaire. En effet, l'incubation de la balanite primaire est de 1-3 semaines dans la plupart des cas.

En conséquence il résulte que la *balanite spécifique syphilitique* est :

1° *Un symptôme primaire de la syphilis.*

2° *Une manifestation indépendante, bien séparée de la sclérose initiale.*

3° *Son aspect clinique se caractérise par une inflammation diffuse du gland et du prépuce, de caractère érosif, pur, sans aspect circiné, avec excoriations nombreuses, fines, superficielles, de la taille d'une tête d'épingle ; une sérosité abondante suinte spontanément.*

4° *La recherche à l'ultra-microscope des tréponèmes pâles, dans la sérosité des excoriations, donne constamment, à plusieurs reprises, un résultat positif. Les spirilles ne sont pas des éléments constants, mais seulement associés occasionnellement à la maladie. Ils peuvent influencer l'aspect clinique, mais ils manquent dans la plupart des cas.*

5° *L'adénopathie n'existe pas encore au début de la balanite ; elle est plus tardive, particulièrement pendant la période où les réactions sérologiques deviennent positives. Une infection gonococcique concomitante influence l'état des ganglions régionaux selon la nature de la blennorragie.*

6° *Les symptômes ultérieurs de la syphilis, la sclérose primaire, les symptômes de deuxième stade (au cas d'une balanite primaire préalable) ne subissent aucun ajournement provisoire ; ils se développent selon l'incubation bien connue.*

7° *L'incubation de la balanite spécifique primaire se montre en général plus courte de 2 semaines par rapport à celle de la sclérose primaire.*

8° *Les réaction de Bordet-Wassermann et de précipitation (qui ne présentent aucune différence avec celles de la syphilis vulgaire) deviennent en général positives après la quatrième semaine.*

Les cas observés (jusqu'ici 15 cas) indiquent qu'il s'agit d'une forme rare de la syphilis. Selon ma statistique antérieure, la balanite spécifique représente, en tout, 0,5 à 0,3 o/o des cas de syphilis. Toutefois, à mon avis, ce pourcentage minime peut s'expliquer par le fait que l'attention n'a pas

été suffisamment orientée vers la balanite spécifique, considérée jusqu'ici comme une irritation sans importance (1).

Comme toutes les maladies encore mal connues ou comme tous les symptômes nouveaux, la balanite spécifique pose plusieurs problèmes. Une de ces questions est celle du mode de pénétration des tréponèmes dans le tissu enflammé. Elle semble avoir une importance primordiale pour déterminer le caractère primaire ou secondaire de la maladie, par rapport à celle des autres balanites. Ce sont particulièrement Gougerot, Blum et Mollinedo qui posent cette question au sujet de ces cas. Leur opinion s'appuie spécialement sur deux circonstances remarquables. Selon ces auteurs, les tréponèmes trouvés dans les excoriations seraient des tréponèmes *sortant* de la profondeur des tissus (tréponèmes de sortie) d'un chancre microscopique invisible ; la balanite serait seulement un moyen, pour les tréponèmes, d'arriver à la surface. « Nous avons vu plusieurs fois, disent ces auteurs, des lésions non syphilitiques donner issue à des tréponèmes syphilitiques, typiques ; on trouve, par exemple, des tréponèmes dans la vésicule de l'herpès et dans les excoriations de la gale chez des malades syphilitiques ».

En raison de nos cas précédents, en ce qui concerne cette opinion, nous remarquons que, s'il s'agissait de ce processus, il faudrait supposer que l'infection se déroulait préalablement sans aucun symptôme clinique appréciable (chancre microscopique, dit Gougerot) et que cette pénétration diffuse vers les tissus était achevée déjà 8 et 11 jours après la contamination. De fait, la biopsie, pratiquée chez le malade après 11 jours d'incubation, montre une infiltration papillaire et périvasculaire discrète. Mais, objectons-nous, cet aspect prouve une infection locale, modérée, allant de la surface vers la profondeur, plutôt qu'une infection massive, provenant des tissus et s'étendant à la surface. De même, l'absence d'adénopathie dans 8 cas, ainsi que le résultat négatif de l'examen ultra-microscopique pratiqué par Gougerot, Blum et Mollinedo après la ponction des ganglions inguinaux chez leur malade témoignent plutôt d'une infection superficielle.

Une autre possibilité, aussi remarquable, mentionnée par Gougerot, Blum et Mollinedo est que les tréponèmes arrivent, au début de l'infection, dans la surface du gland et du prépuce et y demeurent à l'état latent de « chancre microscopique ». On pourrait donc dire, selon ces auteurs, « que la balanite a été préchancreuse et que, par les « trous » des érosions de cette balanite, d'abord non syphilitique, les tréponèmes syphilitiques latents, qui n'auraient pas encore donné le chancre mais pulluleraient pendant la première incubation, suinteraient par les sérosités de la balanite non syphilitique ». Alors, contrairement à l'hypothèse précédente des auteurs, les tréponèmes pâles pénétreraient de l'intérieur vers les excoriations fines du gland et du prépuce.

(1) Comme symptôme succédant à une efflorescence syphilitique déjà existante, une inflammation spécifique des muqueuses génitales a été décrite, après sclérose par Löhe et Guszmann, après papules syphilitiques par Kreibich et après syphilides tubéro-serpigineuses par Löhe.

En ce qui concerne le rôle d'une balanite spirillaire, non syphilitique, nous remarquons que, parmi les observations faites jusqu'ici dans 6 cas, il n'existait aucune infection mixte spirillaire. Il faut alors supposer que, s'il s'agissait d'une balanite non syphilitique, ce devait être également une balanite non spirillaire.

D'autre part, si nous trouvons toujours le même aspect clinique, avec ses excoriations superficielles, et si nous constatons, après les pansements répétés avec la solution de NaCl physiologique, de nombreux tréponèmes pâles, nous devrons nous demander pour quelle raison il faudrait considérer l'infection spirillaire comme une infection primaire et l'infection syphilitique comme une infection secondaire, alors que dans une partie des cas nous n'avons trouvé aucun spirille.

Nous savons en outre que, à la surface des efflorescences syphilitiques (papules interdigitales et périanales), les tréponèmes sont capables de produire et d'entretenir, sur des surfaces relativement rapprochées, une sécrétion très abondante. De plus, nous savons que les tréponèmes produisent dans l'organisme une induration, des papules, des pustules, des gommes c'est-à-dire d'importantes modifications tissulaires correspondant à l'état de résistance locale et générale de l'organisme.

Il faut alors se demander si la balanite en question (dans laquelle nous trouvons sans exception et même pendant une observation de 19 jours des tréponèmes pâles) n'est pas causée par les tréponèmes, ou si elle représente seulement une infection concomitante, sans importance et sans rôle étiologique ?

C'est probablement ce qui avait engagé Gougerot, Blum et Mollinedo à remarquer que « ces lésions sont très trompeuses. On croit seulement à une balanite érosive banale, non syphilitique, d'autant que l'adénite peut manquer. Or la méthode de confrontation, l'apparition d'une adénite, d'un chancre syphilitique typique, induré, d'une réaction de Bordet-Wassermann positive, puis d'une roséole et l'efficacité d'un traitement anti-syphilitique, prouvent qu'il s'agit bien de syphilis associée ».

II. — Vulvo-vaginite primaire syphilitique

En ce qui concerne le mécanisme de la pénétration des tréponèmes, le mode de propagation de l'infection dans les tissus et les détails de la période d'incubation, nos connaissances sont insuffisantes. Cette constatation est particulièrement valable pour les cas considérés comme syphilis d'emblée (ou, comme je l'ai intitulé, pour les cas de syphilis proto-secondaire.

Nous sommes beaucoup plus désorientés dans les cas où un malade est contaminé par une femme qui ignore sa maladie, sur laquelle nous ne pouvons constater aucun symptôme et dont on ne peut dépister la syphilis qu'à l'aide des réactions séro-positives. Le mode de contamination demeure obscur jusqu'à présent.

Quelques hypothèses, telles que tréponèmes intracervicaux, infection directe dans les vaisseaux, retiennent notre attention. Les difficultés du diagnostic proviennent de la complexité des organes génitaux féminins et de la sécrétion, normalement assez abondante, du vagin. De plus, l'auto-observation est incommode et difficilement exécutable. Il en résulte qu'une inflammation éventuelle de ces organes passe plus facilement inaperçue chez la femme que chez l'homme. Nous devons encore compter avec l'inconvénient que les symptômes de la syphilis produisent très peu de troubles subjectifs ; ils guérissent sans aucun traitement local ; pour ces raisons ils peuvent être méconnus.

Nous nous demandons si ces facteurs n'expliquent pas notre ignorance au sujet de l'inflammation syphilitique chez la femme ?

Dans une communication antérieure, j'ai détaillé cette possibilité, sans avoir encore trouvé une description semblable dans la littérature.

Cas I. — *Observation de Follmann.* — Mme A. A..., âgée de 42 ans, n'a pas eu de rapports avec son mari depuis 2 ans. Ils ont deux enfants de 6 et 8 ans. Le dernier coït remonte à 11 jours. Le rapport précédent eut lieu 3 mois auparavant. Actuellement, elle constate, depuis la veille, sur les organes génitaux externes, une inflammation légère, une démangeaison constante et une sécrétion assez abondante. A l'examen, la surface interne des petites lèvres, le vestibule, le clitoris et l'orifice du vagin montrent une rougeur vive, une inflammation diffuse et une sécrétion abondante, blanchâtre, peu épaisse. Après nettoyage de la sécrétion (qui révèle une sensibilité presque insignifiante) nous observons deux éléments différents. D'une part, ce sont des vésicules de la taille d'une tête d'épingle, dispersées irrégulièrement au voisinage du clitoris et sur la surface interne des petites lèvres, d'autre part des excoriations fines, superficielles, irrégulières, linéaires, situées sur les régions enflammées. Après le nettoyage, ces excoriations laissent sourdre pendant quelques minutes une sérosité claire. En quelques points, les excoriations atteignent la taille d'une tête d'épingle. On a l'impression qu'elles correspondent à des vésicules éclatées. Il est permis de supposer que les vésicules et les excoriations représentent les stades différents du même processus.

Dans le vagin, couvert par une sécrétion abondante, je trouve une inflammation diffuse, avec un gonflement discret, mais sans aucune infiltration ni sclérose circonscrite. Dans le vagin, je ne constate aucune vésicule : il en existait seulement quelques-unes autour de son entrée. Le col utérin ne montre aucun changement pathologique, ni érosion, ni sclérose.

L'examen ultra-microscopique de la sérosité de la vulve et du vagin donna, pendant 2 jours, un résultat positif au point de vue des tréponèmes, sans bacilles fusiformes, spirilles ou streptobacilles. Il était plus facile de trouver les tréponèmes dans la sérosité de la vulve que dans celle du vagin. On avait l'impression que la maladie s'étendait plutôt sur la muqueuse de la vulve que sur celle du vagin. Les ganglions inguinaux n'étaient pas augmentés de volume. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation étaient négatives.

Après avoir été mise au courant de son état, la malade se fit traiter par son médecin.

Trois mois plus tard, elle se présente de nouveau ; elle raconte qu'elle avait interrompu sa liaison antérieure, aussitôt après la première consultation. Quant à sa maladie, elle l'avait traitée elle-même par des lavages locaux et des poudrages. La guérison apparente s'était faite en deux semaines environ. Un mois et demi après cet accident elle avait eu une relation nouvelle et son partenaire était malade depuis 2 semaines.

L'examen des organes génitaux de la malade ne présente alors rien à signaler. La

muqueuse de la vulve n'offre aucune anomalie. L'importance de la sécrétion vaginale est presque normale. La muqueuse de la gorge et celle de l'anus ne montrent aucun symptôme clinique. La recherche des tréponèmes dans la sérosité de la vulve et du vagin donne un résultat négatif. Les ganglions lymphatiques inguinaux sont indolores et peut-être un peu hypertrophiés par rapport au premier examen. Les réactions sérologiques sont très positives.

Le lendemain se présente le partenaire, peintre de 48 ans. Il a eu des rapports avec cette femme depuis 6 semaines et il a aperçu dans le sillon balano-préputial, il y a 2 semaines, une lésion indolore, augmentant très lentement, qui suinte abondamment. Avant ce contact il avait été abstinent pendant 4 mois.

Dans le sillon balano-préputial, nous trouvons, un peu à gauche de la ligne médiane, un chancre induré, indolore, érodé, recouvert par une croûte hémorragique superficielle. La recherche du tréponème pâle dans la sérosité du chancre donne un résultat positif. Pas de spirilles, pas de bacilles fusiformes. Du côté gauche existe un ganglion lymphatique inguinal de la taille d'un haricot. Les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont positives.

Chez les deux malades on institue un traitement spécifique.

En considération de la disposition anatomique des organes génitaux féminins, la dénomination la plus convenable de cette maladie est, je crois, *vulvo-vaginite primaire spécifique syphilitique*.

Le diagnostic de la vulvo-vaginite primaire syphilitique présente, en raison de la constitution plus compliquée des organes génitaux féminins, beaucoup plus de difficultés que la balanite primaire syphilitique. Cependant, l'aspect clinique, la sécrétion abondante, les excoriations superficielles qui suintent constamment sont tellement caractéristiques qu'il orientent les soupçons vers une inflammation spécifique, diagnostic que confirmera une recherche microscopique des tréponèmes.

En ce qui concerne les quelques vésicules dispersées, de la taille d'une tête d'épingle, nous remarquons que cette unique observation ne permet pas de tirer une conclusion définitive. Pour affirmer qu'il s'agit d'une forme vésiculeuse de l'inflammation spécifique ou d'une lésion de nature différente, il serait nécessaire de disposer d'observations plus nombreuses.

Quelques semaines auparavant, Gerenesér m'a adressé un cas dont il donne la description suivante :

Paysanne de 32 ans dont le mari est prisonnier de guerre. Dernier coït 3 semaines auparavant, après une abstinence de 6 mois. Depuis une semaine, elle a constaté sur les organes génitaux une inflammation et un suintement abondant, accompagné de picotements.

A l'examen, la vulve est presque fermée par l'œdème; une zone inflammatoire s'étend sur le clitoris, la plus grande partie de la petite lèvre gauche, une petite partie de la petite lèvre droite et sur le vestibule. Cette zone est bien limitée vers le vagin et rappelle fortement la balanite de l'homme. Elle est semée de plusieurs excoriations fines, dans la sérosité desquelles on trouve de nombreux tréponèmes pâles. Aucune infiltration circonscrite, aucune induration ne peut être constatée. La quatrième semaine, les réactions de Bordet-Wassermann et de précipitation sont positives.

Après la première piqûre de neomesarca la zone inflammatoire montre les signes d'une réactivation. Après la deuxième, le quatrième-cinquième jour, l'inflammation disparaît.

Si l'on compare les deux cas de vulvo-vaginite primaire spécifique, ils concordent presque totalement. Tout au plus, ils diffèrent en ce que, dans le cas de Gerencsér, l'inflammation ne s'étend pas à toute la surface des organes génitaux et en ce que les vésicules font défaut.

La malade, après une première série incomplète d'injections, ne s'est plus présentée. Le mari, revenant de captivité, tombe malade à son tour au bout de 4 semaines. L'intérêt spécial de cette observation réside en ce que la maladie du mari se présenta aussi sous la forme d'une balanite spécifique primaire apparue le vingtième jour après la contamination et qui, pendant la période de l'observation de 3 semaines, donna constamment un résultat positif dans la recherche du tréponème pâle. Les ganglions lymphatiques inguinaux n'étaient pas palpables. La réaction de Bordet-Wassermann et celle de précipitation étaient négatives.

Ce double cas d'inflammation superficielle spécifique des muqueuses génitales amenait Gerencsér à supposer, pour le développement de la maladie, une variété épidermotrope extraordinaire du tréponème. Cette espèce de tréponèmes se cantonnait dans les couches épidermiques et, dans cette situation favorable, ils vivaient au moment de la contamination ; mais, comme l'a remarqué Gerencsér, ils ont pu donner au cours de la syphilis, plus tard, une variété de tréponème neurotrope.

En ce qui concerne une telle variété neurotrope et aussi le fait que les tréponèmes peuvent être capables de vivre seulement dans l'épiderme pendant une période de la syphilis, nous ne pouvons pas tirer de conclusion décisive par les observations d'inflammation spécifique connues jusqu'à ce jour. Mais nous devons supposer qu'il ne s'agit pas seulement d'une infection limitée à l'épiderme parce que, dans les cas de Gougerot, Blum et Mollinedo, de Szathmáry, Lévy, Bessone, Gougerot et Vissian, Gougerot et Pelbois, la maladie a évolué avec l'ensemble des signes cliniques habituels ; la sclérose primaire, les symptômes secondaires et les réactions sérologiques deviennent aussi positives. S'il existe, au commencement, une affinité épidermotrope, elle ne reste pas localisée à l'épiderme pendant toute la maladie.

Mais il n'est pas douteux que nous devons compter avec un facteur inconnu dans le développement de la balanite et de la vulvo-vaginite primaire car, tantôt dans un délai très court avant l'apparition de la sclérose primaire, tantôt dans le délai correspondant à cette sclérose, peut se développer cette inflammation caractéristique ; celle-ci est une manifestation indépendante de la sclérose primaire.

*
* *

Il est nécessaire d'attirer l'attention sur le fait que la balanite et la vulvo-vaginite spécifiques sont des manifestations primaires de la syphilis et sont des formes extraordinaires de l'infection syphilitique primaire, avec cette particularité qu'il n'existe aucune réaction spécifique tissulaire, sérologique et principalement histologique.

Un de ces caractères spéciaux est que, dans le cas de la vulvo-vaginite primaire, quelques vésicules se forment sur la surface enflammée c'est-à-dire des signes d'une inflammation aspécifique ; ce n'est que plus tard que la maladie prend l'aspect ordinaire de la syphilis. Cet état de résistance aspécifique de l'organisme est prouvé par l'inflammation assez étendue, par l'apparition ultérieure de la sclérose, malgré la présence de nombreux tréponèmes, par l'absence de l'adénopathie dans plusieurs cas et par les réactions négatives.

Ces deux cas n'apportent pas de réponse satisfaisante à divers problèmes ; mais nous espérons que de nouvelles observations nous permettront d'élargir nos connaissances sur la biologie du tréponème pâle, sur le processus de la première période de l'incubation et sur le changement de la résistance locale, tissulaire et générale de l'organisme. Peut-être pourrons-nous chercher le tréponème, dans son lieu de domicile, avant l'apparition de la balanite ou de la vulvo-vaginite primaire, pendant les premiers jours et même les premières heures de l'infection, ce qui permettrait une prophylaxie plus complète et plus fructueuse.

BIBLIOGRAPHIE

FOLLMANN. — Balanitis specifica (luetica). *Orvosi Hetilap*, n° 25, 1931 ; Sur la *balanitis specifica syphilitica. Ann. de Derm.*, n° 8, 1939.

GERENCSÉR. — Balanitis képében jelentkezett elsődleges syphilis. *Orvosi Hetilap*, 1935, (hongrois).

GOUGEROT, BLUM et MOLLINEDO. — Le problème des balanites pré-chancreuses dites de Follmann. *Soc. fr. de Derm.*, 12 décembre 1946.

GOUGEROT et VISSIAN. — Balanite syphilitique primaire de Follmann. *Soc. fr. de Derm.*, 13 mars 1947.

GOUGEROT et PELBOIS. — Nouvelle observation d'infection mixte ; balanite à fuso-spirilles et syphilis. Inédit.

BESSONE. — *Il dermosifilografo*, 1942, p. 654. Cité d'après TOURAINE.

TOURAINE. — Analyses de deux cas de balanite primaire syphilitique. *Annales de Dermat.*, avril 1946, pp. 245 et 246.

BOLGERT. — *Soc. fr. de Dermat.*, 12 décembre 1946, p. 826.

FEJER. — *Syphilis primaire sous la forme d'une balanite*, cité d'après TOURAINE.

CHATON. — Cité d'après FOLLMANN.

KREIBICH. — Balanitis luetica. *Zbl. f. H. u. G.*, 1923, 310.

F. FUCHS. — Spirochæta pallida im Cervixsekret bei primärer u. secundärer Lues. *Arch. f. D. u. S.*, **138**, 1922.

LÖHE. — Syphilis der männlichen Geschlechtsorgane. *Hanbduch f. H. u. G.*, **14**, p. 368.

GUSZMAN. — Syphilis der weiblichen Geschlechtsorgane. *Handbuch f. H. u. Geschl.*, **14**, 1930, p. 446.

(Travail de la Clinique dermato-vénéréologique de l'Université Bólyai à Marosvásárhely, Directeur : Pr Dr François VERESS jun., *et de la Clinique dermato-vénéréologique de l'Université à Pecs,* Directeur : Pr Dr Nicolaus MELCZER).

COMMENTAIRE SUR LA BALANITE PRIMAIRE SYPHILITIQUE DE FOLLMANN

Par H. GOUGEROT

Follmann (de Budapest) a eu le grand mérite, dès 1931, d'apporter un fait remarquable, de la plus grande importance pratique, pour permettre le diagnostic précoce de la syphilis débutante et, par conséquent, pour permettre le traitement rapide de cette syphilis : c'est la présence de tréponèmes syphilitiques indiscutables dans les lésions de balanite d'apparence banale ou ayant l'aspect de balanite érosive circinée (et de même dans des vulvo-vaginites).

Avant Follmann, on ne suspectait pas la syphilis devant les lésions de balanite et on ne les recherchait pas systématiquement, si bien que le diagnostic de la syphilis n'était fait que tardivement, devant l'apparition d'un chancre induré typique, ou à l'explosion des accidents secondaires syphilitiques ; donc le malade risquait de répandre la contagion et le traitement était tardif, dans de moins bonnes conditions. C'est là le fait capital et indiscutable apporté par Follmann et qui restera à son honneur quel que soit le mécanisme de cette balanite syphilitique.

En effet, la pathogénie de cette balanite peut être interprétée de deux façons au moins. A notre demande, lorsqu'il est venu à la Clinique de Saint-Louis, Follmann a résumé dans le précédent et excellent mémoire, pour les spécialistes français, les observations connues de balanite primaire et ses conceptions pathogéniques.

Pour Follmann, la balanite primaire syphilitique est uniquement syphilitique sans association de fuso-spirilles ; par conséquent, ce n'est pas un processus mixte. Follmann croit que la balanite primaire syphilitique est différente cliniquement de la balanite érosive circinée : les érosions en seraient plus superficielles, plus diffuses, non circinées ; le suintement serait plus abondant ; la guérison de cette balanite par le traitement antisyphilitique est un argument en sa faveur (mais nous avons vu persister cette balanite érosive malgré le traitement anti-syphilitique avec persistance des fuso-spirilles, les tréponèmes syphilitiques ayant disparu).

Pour nous, nos observations nous ont fait soutenir un processus mixte comparable au chancre mixte de Rollet, à la chancrello-syphilis. Le malade est contaminé par les deux virus, la différence des incubations fait que la balanite fuso-spirillaire ou banale apparaît d'abord cliniquement et bactériologiquement ; certaines de nos observations montrent que les fuso-

spirilles et microbes banaux, sans encore de tréponèmes, existent seuls pendant quelques jours ; c'est donc vraiment une balanite pré-chancreuse.

Puis, quelques jours plus tard, on découvre les tréponèmes syphilitiques ; ce sont, croyons-nous, des tréponèmes du chancre microscopique sortant par les « trous » de la muqueuse que font, dans cette muqueuse, les érosions de la balanite. En effet, on sait qu'avant d'être visible le chancre induré typique de la syphilis existe microscopiquement, démontré par l'infiltrat histologique et la constatation des tréponèmes. On sait aussi, comme nous l'avons montré, avec Paul Blum, qu'au cours des chancres et des syphilis secondaires, des lésions non syphilitiques peuvent suinter de tréponèmes syphilitiques typiques, par exemple sillons de gale (1), vésicules d'herpès (2).

Enfin, quand le traitement anti-syphilitique n'arrête pas l'évolution syphilitique, on voit parfois survenir un chancre induré typique coexistant, par ailleurs, avec les érosions de la balanite qui continue.

Tous nos malades de cet ordre ont jusqu'à présent eu le processus mixte du double virus et parfois il a été possible de reconstituer l'évolution en trois temps indiquée ci-dessus. Parfois, la balanite avec ses fuso-spirilles persiste après la disparition des tréponèmes syphilitiques, comme si cette balanite était indépendante de la syphilis.

Les observations de Follmann et les miennes prouvent donc qu'il existe des faits différents répondant aux deux interprétations : — I, celle de Follmann, de la balanite primaire syphilitique érosive sans balanite circinée ou banale, donc sans fuso-spirilles, ainsi que le montrent les observations de Follmann et la récente observation française de Bolgert ; — II, notre conception de l'infection mixte qui, dans nos observations, est une constatation de faits.

Il faut continuer cette étude de la balanite primaire syphilitique au point de vue épidémiologique (par la méthode de confrontation), clinique, évolutive, bactériologique et sérologique en série. Il faut espérer des observations avec un risque unique de contagion, la confrontation avec l'agent contaminateur et l'étude des contaminés éventuels permettant de préciser s'il y a syphilis pure ou infection mixte. Follmann pose le problème d'une infection « banale », « vulgaire », à microbes banaux du vagin (et non pas balanite érosive à fuso-spirilles) ; il écrit : « En ce qui concerne la flore bactérienne en général abondante du vagin, il est probable que l'infection banale accompagne toujours l'infection syphilitique balano-préputiale », et c'est peut-être ce qui explique d'une part l'inconstance des fuso-spirilles (qu'il faut rechercher plus patiemment qu'on ne le fait d'ordinaire), et d'autre part conciliera nos deux conceptions, celle de Follmann et la mienne : — tantôt balanite à fuso-spirilles (comme dans tous nos cas), tantôt balanite banale, et c'est par les érosions de cette balanite que sortiraient les tréponèmes, suivant notre conception de l'infection mixte.

(1) *Annales des Maladies vénériennes*, 1936, p. 778.
(2) *Bulletin Médical*, 21 septembre 1945 et *Vie médicale*, 1941, p. 91.

Dans cette étude future, les auteurs devraient chercher à préciser les points suivants :

1° Au début de l'évolution, existe-t-il une balanite syphilitique contenant seulement des tréponèmes sans fuso-spirilles, ou sans autres microbes de balanite vulgaire ?

2° Cette balanite syphilitique sans fuso-spirilles ou sans microbes vulgaires a-t-elle un aspect clinique spécial qui la différencie de la balanite fuso-spirillaire et des balanites vulgaires ?

3° Cette balanite primaire uniquement syphilitique a-t-elle des ganglions comme le chancre syphilitique, et à quelle date apparaissent ces ganglions, par rapport à la date de la contagion, et par rapport au début de la balanite ?

4° Quelle est la durée de l'incubation de la balanite primaire syphilitique sans fuso-spirilles ou sans microbes vulgaires ?

5° En combien de jours apparaissent les séro-réactions de Bordet-Wassermann après le risque de contagion, après l'apparition de la balanite, après la tuméfaction des ganglions ?

6° En cas d'association du tréponème syphilitique et des fuso-spirilles ou des microbes d'infection secondaire, est-il possible de reconstituer une évolution en trois phases : *Première phase*, balanite à fuso-spirilles ou microbes vulgaires, sans tréponème ; *deuxième phase*, apparition de tréponèmes, donc coexistence de tréponèmes et des virus des balanites ; *troisième phase*, apparition de chancre syphilitique induré typique.

7° Dans ce processus mixte, quels sont les délais des trois phases et de l'apparition des séro-réactions positives ?

8° Dans ce cas mixte, le traitement antisyphilitique général fait-il disparaître, en même temps, les fuso-spirilles (ou microbes vulgaires) et le tréponème syphilitique ? Ou bien, y a-t-il, après disparition du tréponème syphilitique, persistance des fuso-spirilles ou de tous autres microbes vulgaires de balanite ?

Répétons que, quelles que soient les conceptions pathogéniques de la balanite primaire syphilitique, des faits restent incontestés : des balanites et des vulvo-vaginites où la syphilis se révèle uniquement par l'aspect banal de balanite ou vulvo-vaginite ; et c'est là le mérite incontestable de Follmann d'avoir montré que le début de la syphilis pouvait se faire par ces aspects banaux. Grâce à lui, nous savons maintenant que nous devons rechercher systématiquement le tréponème devant ces aspects banaux de balanite et vulvo-vaginite, ce qui nous permettra une meilleure prophylaxie et une meilleure thérapeutique.

CONSIDÉRATIONS SUR LES LYMPHO-GRANULOMATOSES PRIMITIVES DE LA PEAU

Par J. GADRAT

Les manifestations cutanées de la maladie de Paltauf-Sternberg sont, rappelons-le, de deux ordres : les unes, banales, dépourvues de spécificité histologique, de type inflammatoire ; par analogie avec les leucémides d'Audry on peut les appeler : « lympho-granulides » ainsi que l'a proposé Saalfeld ; les autres, tumeurs, infiltrations ou ulcérations, sont spécifiques et constituées par l'apparition de foyers granulomateux au niveau de la peau. Les unes et les autres font en général éclosion lorsque l'atteinte ganglionnaire est déjà consommée. On peut cependant les voir inaugurer la scène clinique.

Nous n'avons en vue ici que les lymphogranulomatoses à la fois spécifiques et primitives de la peau. On trouve peu d'observations de ce genre dans la littérature ; il s'agit en effet de cas exceptionnels exigeant une surveillance de longue durée pour apprécier comme il convient la précession des lésions cutanées.

Voici une observation nouvelle. Nous nous excusons de ses lacunes : notre malade réside très loin de notre ville et, insouciante autant qu'indisciplinée, n'a jamais voulu se prêter aux examens complémentaires sériés que nous lui avons demandés.

Mme C..., 34 ans, nous est adressée par M. le Professeur agrégé Guilhem, le 6 novembre 1943, au sujet de la conduite à tenir en présence d'une manifestation dermatologique récente.

Mariée à 21 ans, hypoménorrhéique avec léger embonpoint, elle n'a jamais eu d'enfant. Elle a présenté jadis plusieurs accès paludéens au cours d'un voyage en Algérie. C'est en outre une entérocôlitique ancienne.

Pendant l'été 1943, apparaît sous le sein droit une lésion nodulaire, de couleur un peu bleutée, enchâssée dans la peau, recouverte d'un épiderme normal, indolore et qui en quelques semaines acquiert les dimensions d'une grosse bille, puis demeure d'un volume fixe. La tumeur est extirpée au bistouri en octobre 1943 et adressée à M. le Docteur Bassal pour examen histologique : celui-ci ayant révélé qu'il s'agissait d'un nodule lymphogranulomateux de peau, la malade nous est adressée pour complément d'examen et conduite à tenir.

Son état général est parfait. Il existe une légère adiposité localisée surtout au niveau de la ceinture pelvienne. Il n'y a pas de fièvre. La malade n'accuse aucun prurit. L'examen des téguments révèle l'existence de nombreux mollusca et taches rubis sur la paroi abdominale. La cicatrice opératoire est normale, souple, indolore, longue de 2 cm. 1/2. L'exploration des diverses aires ganglionnaires superficielles demeure négative. Le foie est normal. La rate n'est pas percutable. Le cœur est normal; la tension artérielle est de 13-7 au Vaquez. L'examen des divers appareils ne révèle aucune anomalie.

La radiographie montre des plages pulmonaires normales ; le médiastin est libre.
L'examen hématologique donne les résultats suivants :

Globules rouges	4.900.000
Globules blancs	6.400
Hémoglobine	85 o/o

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	54
Polynucléaires éosinophiles	3
Monocytes	7
Lymphocytes	36

Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux.

L'examen sérologique est totalement négatif.

Examen histologique de la pièce opératoire (préparation aimablement confiée par M. le Docteur Bassal) :

Il s'agit d'une lésion nodulaire, circulaire, de 1 centimètre de diamètre; en saillie de 2 millimètres sur les plans cutanés adjacents (fig. 1).

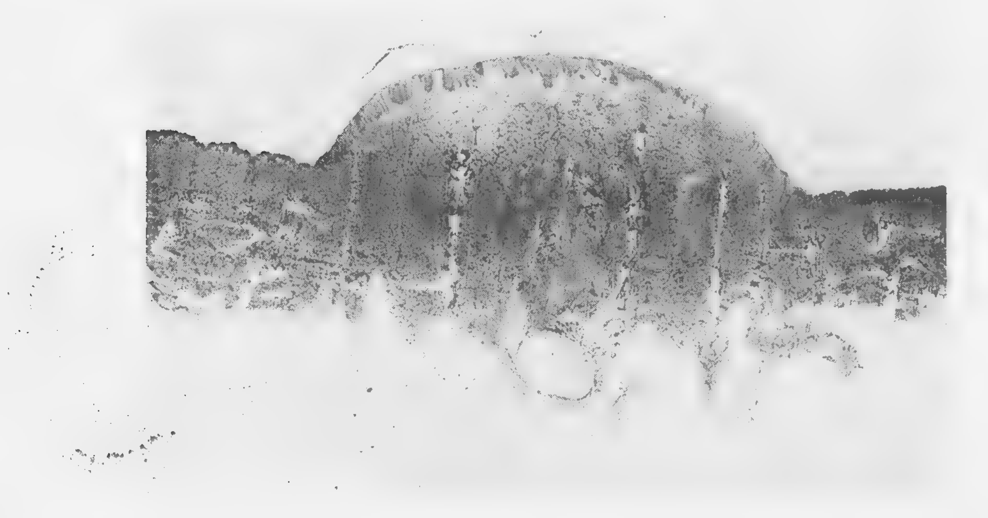


Fig. 1.

Au point de vue topographique, la lésion est essentiellement dermique et s'arrête insensiblement au niveau des limites de l'hypoderme. Elle est revêtue d'un épiderme épaissi, acanthosique, poussant vers le derme de nombreux bourgeons interpapillaires; cet épiderme est infiltré dans ses couches profondes par quelques polynucléaires neutrophiles; sa kératinisation est normale.

Le derme est envahi dans sa totalité par un infiltrat granulomateux avec cellules réticulaires de toutes tailles et cellules de Sternberg nombreuses par places; il existe un grand nombre d'éosinophiles (fig. 2).

Les limites de cet infiltrat, aussi bien dans ses parties latérales qu'en profondeur, sont assez estompées; les lymphocytes y prédominent, mêlés à des cellules réticulaires, mais il n'existe pas, à ce niveau, d'hyperplasie collagène.

Dans le centre du nodule on ne constate pas de sclérose et le tissu conjonctif est limité aux faisceaux collagènes normaux séparés par l'infiltrat granulomateux polymorphe.

Au niveau du haut derme, on note même la présence d'un œdème diffus, surtout accusé autour des capillaires qui sont pour la plupart ectasiés.

Le processus d'endothéliose, modéré au niveau des capillaires, est très accusé en ce qui concerne les artérioles. Les artères profondes sont intactes.

En résumé, il s'agit d'un nodule dermique lymphogranulomateux, de type jeune, sans sclérose appréciable.

Nous conseillons à la malade extraits hépatiques buvables et radiothérapie sur la cicatrice et lui demandons de se soumettre périodiquement à une surveillance clinique, radiologique et hématologique. Aucun de ces conseils ne sera suivi.

La malade passe une année parfaite, sans le moindre incident; ni fièvre, ni prurit, ni adénopathies; poids stationnaire.

Au mois d'août 1944, apparaît au-dessus de la crête iliaque droite une nouvelle petite tumeur qui s'accroît rapidement et atteint en trois semaines le volume d'une petite noisette : sa couleur est un peu bleutée et sa consistance ferme; elle est indolore et non prurigineuse.

Ce deuxième nodule est extirpé au bistouri le 16 septembre 1944; les suites opéra-

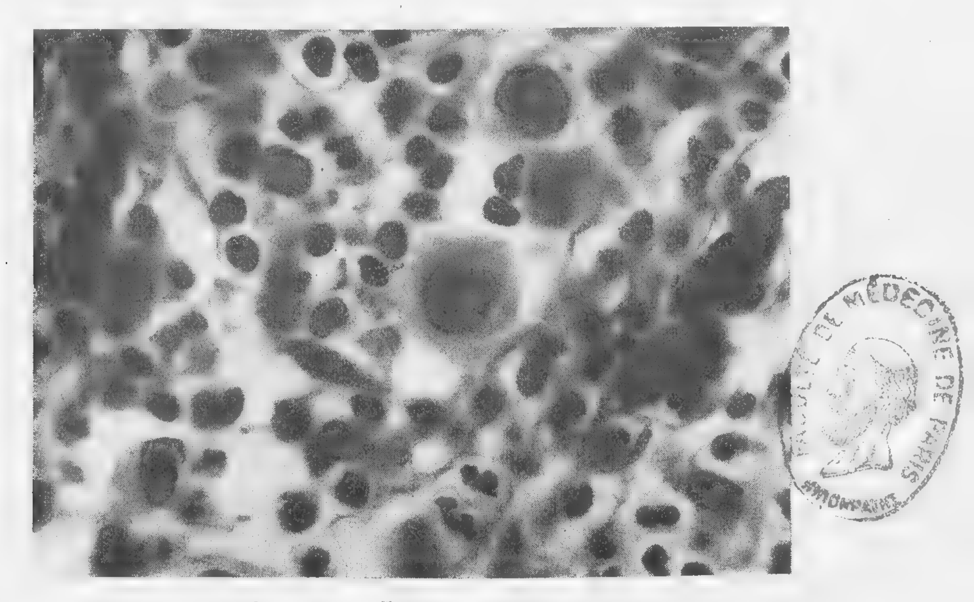


Fig. 2.

toires sont normales et la cicatrisation est obtenue en une huitaine de jours, sans la moindre complication.

La pièce opératoire nous est adressée. Comme dans le cas précédent, il s'agit d'un authentique nodule dermique lymphogranulomateux.

L'examen macroscopique de la préparation montre en plein derme l'existence d'un nodule de la taille d'un gros pois, à périphérie sombre, provoquant une légère saillie des plans dermo-épidermiques sus-jacents (fig. 3).

Histologiquement, ce nodule est constitué d'un tissu lymphogranulomateux riche en éosinophiles et en cellules de Sternberg. Sa structure diffère par quelques détails seulement de celle du premier nodule extirpé; au niveau de la périphérie, il existe une condensation collagène assez nette; au centre, on relève des lésions de hyalinose et quelques plages de nécrose; enfin la sclérose centrale est par endroits assez avancée et à point de départ périartériolaire. L'endothéliose capillaire est accusée. L'épiderme est seulement un peu épaissi et infiltré de rares polynucléaires; la zone

dermique qui le sépare du nodule est un peu œdémateuse, infiltrée surtout de lymphocytes et de cellules réticulées parfois volumineuses (fig. 4).

En résumé, il s'agit cette fois encore d'un nodule dermique lymphogranulomateux, d'un type plus évolué, plus adulte que le précédent.

A la suite de cette deuxième intervention il n'est appliqué aucun traitement complémentaire, aucune radiothérapie.

A partir de cette époque, aucune nouvelle manifestation ne s'étant révélée, la malade ne nous donne plus signe de vie pendant deux ans malgré nos sollicitations réitérées.

Lassés d'être dans l'ignorance la plus absolue à son sujet, nous lui dépêchons notre interne Féral, en juin 1946. A son retour, il nous apprend que l'état général de la jeune femme est parfait: elle n'a jamais de fièvre; sa tendance à l'embon-

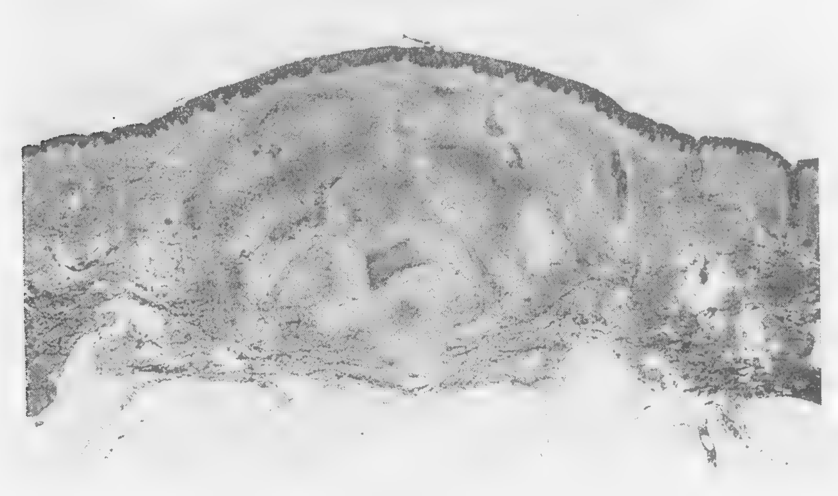


Fig. 3.

point persiste; il n'existe pas le moindre prurit; les cicatrices opératoires sont souples, la deuxième étant seulement un peu douloureuse par intermittences. Les aires ganglionnaires superficielles sont libres de toute adénopathie; foie et rate sont normaux. La malade accuse une constipation persistante et sa vésicule est un peu douloureuse à la pression. L'examen clinique des poumons demeure négatif. Le cœur est normal, régulier; la tension artérielle est de 12-7 au Vaquez. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Les règles ont cessé depuis le 23 mars 1946 : le diagnostic de grossesse a été éliminé et la malade a subi récemment une biopsie de l'endomètre destinée à élucider le type de son aménorrhée (nous n'avons pu obtenir de détails à ce sujet).

Sur le frottis prélevé par notre interne nous avons pu établir la formule leucocytaire suivante :

Polynucléaires neutrophiles	71
Polynucléaires éosinophiles	1
Monocytes	5
Lymphocytes	23

Au reçu de ces renseignements, nous avons demandé à la malade de faire pratiquer un examen hématologique complet, une radiographie pulmonaire de face et

de profil, une réaction de Vernes à la résorcine et une cuti-réaction tuberculinique : aucun de ces examens n'a été pratiqué.

L'année 1946 et le premier semestre 1947 s'écoulent sans que la malade donne signe de vie. Tout récemment enfin (24 juillet 1947), en réponse à plusieurs lettres questionnaires, nous avons reçu quelques nouvelles : depuis plusieurs mois s'accuse un amaigrissement progressif avec poussées fébriles intermittentes; il n'y a toujours pas de démangeaisons; la malade n'a perçu elle-même aucun ganglion superficiel; elle n'éprouve rien de particulier au niveau du tégument; l'aménorrhée installée depuis mars 1946 persiste.

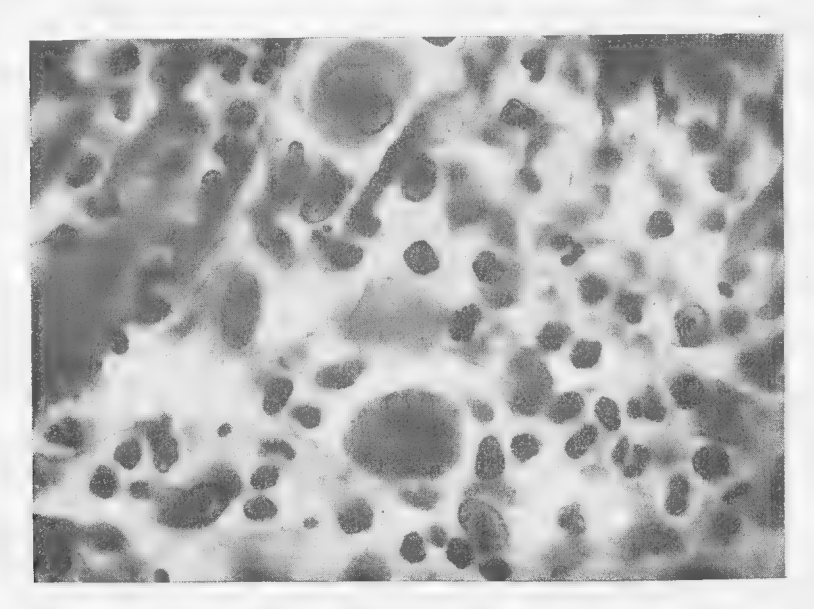


Fig. 4.

En résumé, chez une femme de 34 ans apparaît en *août 1943* un nodule lymphogranulomateux de la peau, sans la moindre manifestation ganglionnaire ou viscérale. Ce nodule est excisé au bistouri et, contrairement aux directives données, aucune radiothérapie n'est instituée sur la cicatrice.

Un an après, en 1944, on assiste au développement, en un autre point du tégument, d'un deuxième nodule de dimensions moindres que le premier ; il est extirpé au bistouri et son étude histologique montre une structure lymphogranulomateuse à peu près identique à celle du premier.

En juin 1946, deux ans après l'apparition du deuxième nodule, il n'existe aucun signe ganglionnaire ou viscéral de la série granulomateuse et l'état général est parfait.

A l'heure actuelle (juillet 1947), malgré l'absence d'adénopathies superficielles, quelques manifestations générales (fièvre, amaigrissement) peuvent faire redouter l'évolution vers un type de lymphogranulomatose classique.

Le caractère primitif et isolé de l'atteinte cutanée est ici tout à fait remarquable : deux nodules lymphogranulomateux de la peau ont fait éclosion à un an d'intervalle et, trois ans après l'apparition du deuxième, la malade est toujours indemne d'adénopathies, tout au moins superficielles.

Les faits de ce genre, à la vérité fort rares, ont cependant été signalés depuis longtemps. La détermination cutanée initiale peut revêtir un aspect tumoral comme dans l'observation ci-dessus, ou ulcéreux (Kren, Neuwejaar, Artz et Randak), ou infiltrant (Planner). Dans les variétés nodulaires ou tumorales on connaît de longue date les observations de Dössekker, Nanta et Chatellier ; le cas rapporté par le Professeur Favre est remarquable par l'absence de récidive ou d'atteinte ganglionnaire après 20 ans (1). Reimann, Havern et Herbut ont relaté en 1942 une observation très détaillée de nodules cutanés primitifs dont la nature hodgkinienne ne fut établie qu'après plusieurs biopsies. Van der Meiren a publié récemment trois observations de même ordre avec de très longs délais entre l'éclosion des accidents cutanés et l'apparition des adénopathies. Le cas de Bosti, celui de Aldo et Mazzadra offrent des caractères analogues.

De tels faits soulèvent plusieurs problèmes et appellent quelques commentaires.

L'identification de cette variété rare d'hématodermie est du domaine exclusif de l'histopathologie ; sans insister sur l'impuissance de la clinique à cet égard, faisons remarquer que, dans la plupart des observations précitées, il n'existe aucun des stigmates hématologiques classiques ; par ailleurs, la ponction sternale ne semble pas pouvoir apporter d'argument décisif.

La biopsie est donc souveraine, mais il faut compter avec des difficultés très réelles d'interprétation ; il suffit pour s'en convaincre de relire les rapports publiés en mai 1937 à la Réunion dermatologique de Strasbourg sur les granulomatoses inclassées (Pautrier (2), Pautrier et Woringer (3), Weill (4)) ; l'un des cas publié par Pautrier a été revu récemment par cet auteur et demeure toujours aussi difficile à étiqueter (5). Quant aux granulomatoses fibreuses primitives de la peau décrites par le Professeur Nanta, elles semblent, d'après cet auteur, devoir être distinguées des granulomatoses du type Paltauf-Sternberg.

Les causes de ces difficultés sont multiples : la cellule de Sternberg n'est pas constante au niveau de la peau (Dossekker), ses caractères sont parfois atypiques (Kierland et Montgomery) et la réticulose s'observe dans une série de processus qui se différencient par la nature (orthoplasique, métaplasique, voire néoplasique) et le degré de la prolifération histiocytaire

(1) Nous exprimons à M. le Professeur Favre notre respectueuse gratitude pour les renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer au sujet de cette observation.
(2) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.* Réunion de Strasbourg, 9 mai 1937, p. 1532.
(3) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.* Réunion de Strasbourg, 9 mai 1937, pp. 1549, 1560, 1584.
(4) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.* Réunion de Strasbourg, 9 mai 1937, p. 1527.
(5) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.* Réunion de Strasbourg, avril 1947, p. 150

(Sézary) (1) ; on rencontre cette réticulose dans des types cliniques associant des tumeurs sous-cutanées avec des manifestations dermo-épidermiques (Gougerot, Meyer et Mansour) (2).

Bon nombre de lésions de ce genre ont été considérées jadis comme appartenant au mycosis fongoïde : leur structure et leur histogénèse les séparent comme nous l'avons souligné nous-même en 1939 (3) et cette distinction vient de faire l'objet d'un récent exposé du Professeur Artz (4).

Les caractères cytologiques de l'infiltrat doivent faire songer parfois au granulome éosinophile de la peau auquel l'école américaine avec Weidman, Lewis et Cormia, Lever, vient de consacrer de longues études récentes (5).

L'existence de nodules sous-cutanées multiples avec manifestations fébriles a pu faire envisager par Reimann, Havern et Herbut l'hypothèse de maladie de Weber-Christian (panniculite nodulaire chronique, fébrile et à rechutes) voire même celle de sarcoïdes.

On conçoit donc aisément que de multiples tentatives aient été faites pour découvrir une preuve expérimentale spécifique ; sans négliger le test de Gordon, rappelons les recherches récentes de Petzetakis (6) qui demanderaient à être confirmées dans leur spécificité. Il n'est pas besoin d'insister sur le grand intérêt qui s'attacherait à la kératite hodgkinienne expérimentale du lapin pour l'identification des granulomatoses cutanées d'emblée.

L'atteinte primitive de la peau par le processus lymphogranulomateux a permis à Nanta et Chatellier d'avancer, en 1925, l'hypothèse d'une porte d'entrée, d'un véritable chancre ; le siège variable de l'inoculation expliquerait les formes à début ganglionnaire localisé.

Si cette thèse est vraisemblable pour les lésions cutanées ou muqueuses à caractère ulcéreux, elle peut plus difficilement être soutenue lorsqu'il s'agit de nodules dermiques sans atteinte épidermique, comme chez notre malade dont les lésions siégeaient sur le tronc, région *a priori* moins exposée que les membres aux agressions extérieures. Ajoutons en outre que, dans notre observation, l'apparition d'un deuxième nodule un an après le premier ne plaide pas en faveur d'une lésion d'inoculation.

Comme l'a écrit le Professeur Favre : « Le granulome malin n'est pas une affection du seul tissu lymphoïde, mais plus généralement du tissu mésenchymateux, des stromas, du système réticulo-endothélial compris dans un sens très large ». Rien ne s'oppose par conséquent à ce que sa première agression ait lieu au niveau de la peau comme dans certaines sarcomatoses qui peuvent débuter en un point quelconque du tégument : nous avons nous-même le souvenir d'une lymphoblastomatose qui débuta

(1) *Presse Médicale*, 1941, nos 53-54, p. 666 ; *L'Actualité dermato-vénéréologique*, 1944, p. 48.
(2) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 24 avril 1947, p. 158.
(3) *Annales de Derm. et Syph.*, mai 1939, n° 5, p. 398.
(4) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 12 juin 1947, p. 204.
(5) *Archives of Dermatology and Syphilology*, février 1947, pp. 155, 176 et 194.
(6) *Compte rendu de la Société de Biologie*, 23 novembre 1946, pp. 856 et 858.

cliniquement par une tumeur de la région frontale. On peut rapprocher ces faits des cas anciennement connus de lymphomatose cutanée sans leucémie, tel celui de Lortat-Jacob et Lefevre publié, il est vrai, à une époque où on ne connaissait pas la ponction sternale (1).

Quoi qu'il en soit, ces lymphogranulomatoses primitives de la peau s'éloignent des schémas cliniques habituels de la maladie de Paltauf-Sternberg non seulement par la précession cutanée mais encore par la lenteur générale de leur évolution. Le cas de Favre est à cet égard très suggestif : 20 ans s'étaient écoulés depuis l'apparition de la tumeur cutanée sans que se manifeste le moindre signe général ou ganglionnaire. La malade que nous suivons depuis 4 ans n'a présenté jusqu'ici aucun des signes hodgkiniens classiques et il en est de même dans les observations de Van der Meiren.

Il y a là une notion d'évolutilité réduite sur laquelle nous nous permettons d'attirer l'attention. Il semble d'ailleurs que ce caractère n'appartienne pas uniquement aux localisations premières sur la peau ; on connaît par exemple le cas d'un malade vivant 10 ans après une gastrectomie faite pour maladie de Hodgkin gastrique primitive (Titu Vasiliu cité par Hillemand, Porcher, Verne et Sarrazin) (2) ; certaines formes spléniques pures traitées par splénectomie peuvent également offrir une évolution prolongée (cas de Stullitel cité par Rimbaud, Serre, Bosc et Cazal) (3) ; le cas rapporté par Monod, Bariéty, Lesobre et Choubrac (4) s'était présenté pendant deux ans comme une tumeur *bénigne* du médiastin antérieur.

En l'absence de traitement spécifique, ces lésions, cliniquement primitives, circonscrites, aisément accessibles sont bien faites pour tenter les chirurgiens. L'exérèse n'a donné aucun résultat favorable dans les deux cas de Nanta et Chatellier ; par contre, on peut parler de guérison véritable pour le malade du Professeur Favre. Chez le nôtre, l'ablation du premier nodule n'a pas été suivie de récidive locale, mais n'a pas empêché l'apparition, un an après, d'une nouvelle lésion nodulaire à distance de la première.

J. Bernard vient d'insister récemment sur les avantages — inconstants — que peut offrir le traitement chirurgical dans les formes ganglionnaires localisées (5) ; il est certain que, dans les atteintes initiales et isolées de la peau, l'exérèse ne peut présenter d'inconvénient et doit par conséquent être préconisée sans arrière-pensée ; on peut toutefois discuter sur l'opportunité post-opératoire d'une téléræntgenthérapie totale ou seulement sur-cicatricielle, mais il semble que l'insuffisance des résultats acquis doit conduire à ne pas se contenter du seul traitement chirurgical.

(1) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1923, p. 6.
(2) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 mars 1946, p. 166.
(3) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 mars 1944, p. 141.
(4) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 janvier 1946, p. 18.
(5) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 juillet 1947, p. 613.

BIBLIOGRAPHIE

NANTA et CHATELLIER. — Lymphogranulomatoses chéloïdiennes pseudo-leucoplasiques : le chancre lymphogranulomateux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1925, p. 682.

FAVRE et CROIZAT. — Caractères généraux du granulome malin tirés de son étude anatomo-clinique. Réunion plénière de la Société Anatomique. *Annales d'Anatomie Pathologique*, n° 7 *bis*, octobre 1931, p. 838.

NANTA. — Lymphogranulomatose cutanée d'emblée. *Nouvelle pratique dermatologique*, t. **5**, p. 586.

REIMANN, HAVENS et HERBUT. — Hodgkin's disease with specific lesions appearing first in the skin. *Archives of internal medicine*, 1942, p. 434.

NANTA. — Les granulomatoses fibreuses primitives de la peau. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 14 mars 1946, p. 278.

ROSTI. — Granuloma maligno cutaneo primitivo a tipo tumorale. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, avril 1946, p. 29.

VAN DER MEIREN. — Relation de trois cas de Hodgkin cutané. *Acta Clinica Belgica*, mai-juin 1946, fasc. 3, p. 246.

ALDO et MAZZADRA. — Su un caso di linfogranulomatosi maligna a probabile inizio cutaneo e suoi rapporti con la micosi fungoïde a tumori d'emblée. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, octobre 1946, p. 282.

GADRAT. — Lymphogranulomatose cutanée d'emblée. Société de Médecine de Toulouse, 17 décembre 1946. Analyse *in Presse Médicale*, 15 mars 1947, p. 180.

VAN DER MEIREN. — Trois cas de Hodgkin cutané dont la nature a été établie par l'histologie. XXVI[e] Réunion annuelle de l'Association britannique de Dermatologie et de Syphiligraphie. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, janvier 1947, n° 1, p. 37.

DOBES et WEIDMAN. — Granulomatous Hodgkin's disease of the skin with extreme eosinophilia. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **55**, février 1947, p. 212.



CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES HONGROIS

Budapest, 24 octobre 1947

COMPTE RENDU DE QUELQUES COMMUNICATIONS

Par L. SZODORAY

Données sur le mécanisme d'action des stimulants de la peau,

Par P. GROF

L'auteur a injecté dans les veines de divers animaux d'expérience (rats, lièvres) des teintures colloïdales électro-négatives et a constaté leur accumulation aux points d'applications d'irritations mécaniques. Ce phénomène peut être expliqué par la théorie de Lewis : par suite de la stimulation mécanique de la peau, des substances parentes de l'histamine seraient déclanchées, qui pourraient déterminer une augmentation des fonctions cellulaires en ce point. L'auteur a démontré aussi que l'accumulation du colloïde, l'érythème et le temps qui s'écoule à partir du moment de l'irritation sont en rapport direct avec l'intensité du stimulant et la concentration en histamine au point de l'irritation mécanique. Le corps le plus efficace a été l'histamine qui a exercé un effet appréciable déjà à la très faible concentration de 1 pour 100 millions. Il a déterminé le taux de l'histamine dans les tissus en expérimentant avec de l'intestin de cobaye. Il a extrait l'histamine fixée dans les tissus avec l'acide trichloracétique et a pratiqué l'excision de la peau irritée immédiatement après l'irritation. Il a ainsi pu constater une augmentation de 50 à 800 o/o de l'histamine dans la peau dans 80 o/o des cas étudiés.

La nutrition et la séborrhée.

Par ALADÁR, KIBÉDI-VARGA

Chez 33 malades atteints de séborrhée, l'auteur a étudié d'une part la sécrétion gastrique, la motricité de l'estomac et des intestins (par les rayons X), d'autre part les fèces après régime de Schmidt-Strassburger.

Dans 82 o/o de ces cas, il a trouvé des manifestations pathologiques : troubles des fonctions motrices et sécrétoires des intestins, dyspepsie de fermentation ou de putréfaction, entéro-colite latente et chronique.

En conséquence, un régime alimentaire individuel doit être organisé pour chaque malade, selon les résultats des examens précédents. Il ne saurait être question d'un régime commun pour tous les séborrhéiques.

Le déplacement des électrolytes intra- et extra-cellulaires dans le pemphigus,

Par E. Flórián et F. Vértes

Ce ne sont pas les mêmes électrolytes que l'on trouve dans les espaces intra-cellulaires et dans les extra-cellulaires. Dans les cellules, on trouve beaucoup de K, de SO^4, de PO^4, etc., alors que dans les espaces extra-cellulaires on trouve une forte proportion de Na, de Cl, etc. Cet équilibre dynamique se modifie dans plusieurs conditions pathologiques et, notamment, dans le pemphigus.

La glande surrénale est l'organe régulateur qui maintient l'équilibre des électrolytes entre les espaces intra- et extra-cellulaires. Les troubles fonctionnels des surrénales entraînent des troubles analogues aux précédents, c'est-à-dire le déplacement des électrolyes. En conséquence, on peut supposer que la corticale des surrénales joue un rôle important dans le mécanisme du pemphigus.

A propos de la mélanose de Riehl,

Par Louis Szodoray

Alors que, entre les deux guerres mondiales, on n'a publié en Hongrie que quatre observations de mélanose de Riehl, au cours de la seule année 1947 l'auteur en a observé 26 cas, chez des femmes, à la Clinique dermatologique de l'Université, à Budapest.

Aucun de ces cas, sauf un, n'avait une durée supérieure à deux ans. Dans 24 de ces cas les malades ont avoué l'application de différents produits cosmétiques, et même, dans la majorité de ces cas, de plusieurs de ces produits simultanément. Un seul cas a été noté chez l'homme.

L'examen viscéral, chez ces malades, n'a pas donné de résultats précis. Dans 5 cas seulement on a constaté quelque anomalie dans l'étude fonctionnelle du foie, et dans 2 cas une porphyrinurie. La moitié de ces malades était en ménopause et les autres, à l'exception de 5, se plaignaient de divers troubles menstruels.

Si l'on considère le grand nombre des femmes qui utilisent de tels produits cosmétiques et le petit nombre de celles d'entre elles qui développe

une mélanose de Riehl on peut en déduire qu'un facteur intrinsèque doit jouer un rôle important. Les données de l'examen de ces malades semblent en faveur du rôle des glandes endocrines en particulier des ovaires et de l'hypophyse. Une dysfonction ovarienne existait dans la majorité des cas. Dans 8 cas examinés par l'ophtalmologiste (Dr A. Kahán), on notait une nette diminution de l'adaptation (rôle possible de l'hormone mélanophore de l'hypophyse). Dans 2 cas, l'auteur a étudié, histologiquement, par la méthode de Moncorps, la peau dans la région pigmentée ; il a constaté la disparition des granulations de glutathion dans l'épiderme. Ce fait semble confirmer les recherches de St. Rothman, de Chicago, qui a souligné le rôle inhibiteur du glutathion dans la production de la mélanine dans la peau humaine normale.

Méthode nouvelle de dosage de la pénicilline dans le sang,

Par L. Barza et L. Szodoray.

En raison des nombreuses sources d'erreurs qui existent quand on veut déterminer le taux de la pénicilline contenue dans le sang, les auteurs ont élaboré une méthode nouvelle et de pratique aisée, qui se résume ainsi :

On mélange des suspensions de staphylocoques à taux divers, préalablement déterminés, et des échantillons du sérum à analyser. On étend ces mélanges sur autant de tubes de gélose inclinée. On les porte à l'étuve à 37° pendant 24 heures. On note alors qu'elle est la plus grande quantité de germes dont la croissance a été inhibée par la pénicilline du sérum. En comparant avec des étalons préparés par les méthodes classiques, on obtient ainsi, à simple lecture d'un graphique établi pour la variété de staphylocoque utilisée, la teneur en pénicilline du sérum à examiner. Cette méthode permet des dosages jusqu'à 0,005 U. O.

Données sur le mécanisme d'action de la pénicilline,

Par G. Simkovics.

L'auteur a étudié le métabolisme respiratoire des staphylocoques par la méthode de Warburg et Thunberg. Il a constaté que :

1° la pénicilline a un effet d'abord stimulant puis inhibiteur sur ce métabolisme ;

2° la pénicilline déplace l'équilibre oxydo-réducteur du staphylocoque vers l'oxydation ;

3° la pénicilline paralyse l'effet d'une substance encore indéterminée qui détermine la prolifération du staphylocoque et que l'on peut obtenir par des lavages répétés des cultures. L'auteur donne le nom d' « activateur » à cette substance.

Influence de la quantité des staphylocoques sur le rapport temps-dose dans l'action de la pénicilline,

Par Zoltán Fekete.

L'auteur a constaté que l'action de la pénicilline est fonction du temps et de la quantité des microbes utilisée dans l'expérience.

Si y = la concentration de la pénicilline, x = le temps, les autres valeurs = quantité des microbes par centimètre cube, l'action de la pénicilline se mesure par la formule : $y = l(x - x_1)\alpha . (x + x_2)\beta$.

L'auteur a aussi constaté que le *temps minimum* pour le développement de l'action de la pénicilline est indépendant de la quantité de pénicilline et de la quantité des microbes ; il est de *une demi-heure.*

La teneur du sang en pénicilline selon le mode d'emploi,

Par A. Kocsics et E. Planck

Dans une première série d'expériences les auteurs ont injecté, par voie intra-musculaire, 200.000 unités de pénicilline dans les véhicules suivants : 1 : 10 centimètres cubes du sang du malade, 2 : 8 centimètres cubes de gélatine traitée par une solution de phosphates, 3 : mélange d'huile et de cire. Ils ont dosé la pénicilline 15, 30 minutes, 1, 2, 4, 6 heures, etc. après l'injection. La pénicilline dissoute dans l'eau distillée ou mélangée avec le sang du malade a maintenu un taux de pénicilline efficace pendant 6 heures ; ce délai a été de 10 heures avec la gélatine et de 18 à 20 heures avec le mélange huile-cire.

Dans une seconde série d'expériences, chez des chiens, ils ont ligaturé les reins puis injecté 100.000 unités de pénicilline par voie veineuse. La teneur du sang en pénicilline, 8 heures après l'injection, s'abaisse alors d'un quart à un huitième ; mais, à l'inverse, la teneur de la bile de ces animaux s'élève jusqu'à plusieurs centaines d'unités par centimètre cube.

Sur les substances antibiotiques produites par des bactéries,

Par G. Simkovics et A. Korossy.

D'après les expériences des auteurs, diverses bactéries peuvent produire, en quantités variées, de la pénicillinase et de la streptomycinase. Chez quelques bactéries, cette production d'enzymes « ases » peut être augmentée par l'addition d'une quantité minime de l'antibiotique au milieu de culture. La pénicillinase ou la streptomycinase produite par la même espèce de bactérie a un effet différent sur les substances antibiotiques. La résistance des bactéries se développe plus rapidement vis-à-vis de la streptomycine que pour la pénicilline. Le degré de résistance des bactéries n'est pas parallèle à la production de l'enzyme spécifique « ase ». La pénicillinase et la streptomycinase, thermolabiles, décomposent la pénicilline et la streptomycine.

LES DÉRIVÉS DE L'YPÉRITE EN DERMATOLOGIE

Par G. A. HARLEZ (Paris)

Les dérivés de l'ypérite, ou gaz moutarde, étaient encore considérés, lorsqu'éclata la seconde guerre mondiale comme des vésicants de contact, susceptibles d'attaquer localement les tissus vivants par libération d'acide chlorhydrique. L'étude chimique et biologique de ces corps, reprise à cette époque et poussée très activement aux États-Unis, révéla qu'ils étaient surtout nuisibles par une action toxique générale sur l'organisme, très voisine de celle des rayons X.

Cette notion amena le Major A. Gilman et son assistant le Lieutenant Philips à les utiliser dans le traitement de certaines affections malignes des organes hématopoïétiques, diversement sensibles à la radiothérapie. L. S. Goodman, L. O. Jacobson, C. P. Rhoads et leurs collaborateurs poursuivirent les mêmes travaux et le résultat de ces recherches, tenu secret en raison des circonstances, ne fut divulgué qu'en 1946. Des études similaires furent faites secondairement par Thomas et Collumbine en Angleterre et par le P[r] Justin-Besançon en France. Enfin Hensteil et Tober, Earl D. Osborne, Kinland, Philpott, Snider, M. Sherry et leurs collaborateurs ont publié récemment aux États-Unis des observations intéressant plus spécialement la clinique dermatologique.

Les dérivés β-chlorethyl de l'ypérite doivent leurs propriétés vulnérantes à une réaction commune de base qui aboutit, par cyclisation intramoléculaire dans un solvant basique, à la formation d'un cathion onium cyclique avec libération de chlore. Placé en solution aqueuse ce cathion onium cyclique subit une série de transformations dont la première en date donne, dans les cinq minutes qui suivent sa dissolution, un dérivé éthylène immonium cyclique. Seul ce composé possède une aptitude très grande à alcoïliser certains produits biologiques importants. En pénétrant dans l'organisme il provoque l'inactivation de certaines enzymes cellulaires essentielles, en particulier des phosphokinases. L'effet toxique sur les cellules se traduit alors par une inhibition des mitoses nucléaires. Les tissus seront donc d'autant plus sensibles qu'ils sont plus jeunes et présentent une prolifération cellulaire et une croissance exagérées. L'expérience a en effet démontré que la muqueuse digestive et les éléments figurés du sang sont attaqués les premiers par la drogue. Gilman et Philips, avec des doses d'ypérite trop légères pour supprimer la fertilité, ont pu provoquer des anomalies du chromosome X chez la drosophile. Ils ont vérifié que ces anomalies étaient

héritées par les cellules filles et reproduites indéfiniment d'œuf à œuf, de génération à génération.

Aucun autre corps chimique ne possède de propriétés semblables ; seule l'action des rayons X peut leur être comparée. Cette constatation donna l'idée aux cliniciens américains d'employer les moutardes à l'azote pour traiter la maladie de Hodgkin, le lymphosarcome et les leucémies. Ils furent unanimes pour conclure sur la certitude :

— de leur action bienfaisante fréquente,

— de leur grande toxicité.

Parmi les centaines de dérivés ypérités connus, deux seulement ont pu être étudiés dans un but thérapeutique. Ce sont : l'hydrochlorure du tri (β-chlorethyl) amine et l'hydrochlorure du méthyl *bis* (β-chlorethyl) amine. Le second a été plus utilisé car il semble un peu moins toxique et, d'autre part, il est moins thrombosant pour les vaisseaux. Il est préparé, en France, par la poudrerie du Bouchet et conservé à l'état sec à la dose de 10 milligrammes par ampoule. On le dissout, au moment de l'emploi, dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique et on l'administre par voie intraveineuse dans les cinq minutes qui suivent sa dissolution pour éviter une rapide hydrolyse. Pour diminuer les chances de thrombose veineuse on pourra également introduire le nombre de centicubes désiré dans le circuit d'une injection intraveineuse de sérum physiologique à débit important.

La dose optima, qu'on ne dépassera qu'exceptionnellement, est de 1/10 de milligramme par kilogramme de poids et par jour, administrée en une ou deux fois. Elle est injectée 4 jours de suite pour une série, très rarement plus longtemps. On ne dépassera jamais 8 milligrammes en une fois. Chaque série ne sera pas répétée avant 6 à 8 semaines, si l'indication se pose.

Les nausées, les vomissements et parfois la diarrhée sont les manifestations toxiques les plus précoces, témoignant de l'attaque de la muqueuse digestive par le produit. Elles peuvent persister 3 à 4 heures mais sont sans gravité. La thrombose veineuse, plus tardive, se produit parfois. Les effets nocifs les plus graves se manifestent sur les organes hématopoïétiques ; ils ne sont, en somme, que l'accentuation des effets thérapeutiques et se produisent tardivement, dans les 3 à 21 jours qui suivent le traitement. Ils se traduisent par les altérations suivantes de la formule sanguine :

— La lymphocytopénie, assez légère, apparaît dans les premiers jours ; elle progresse pendant 6 à 8 jours et régresse en plusieurs semaines.

— La neutropénie est plus tardive, plus sévère, mais plus courte. Elle est la cause principale de la chute de la formule blanche qui peut descendre jusqu'à 2.000 et qui revient à la normale dans les deux semaines qui suivent la baisse maxima

— La thrombocytopénie est inconstante et suit généralement des doses de médicament, trop élevées ; elle peut alors s'accompagner d'hémorragies intestinales et de purpura.

— La réticulocytopénie se produit dans la première semaine. Ensuite le nombre des réticulocytes remonte vers la 3e semaine, peu de temps avant la restauration générale de la formule sanguine.

— Une anémie normochrome modérée s'observe dans les deux semaines qui suivent le traitement ; elle est proportionnelle à la dose utilisée. Des examens fréquents de l'image hématologique devront être répétés au cours des semaines qui suivent la cure. En effet, le gros danger de ce traitement est la possibilité d'une aggravation des altérations sanguines qui peut aboutir à une panmyélophtisie rapidement mortelle.

Les succès cliniques les plus saisissants de cette thérapeutique furent obtenus dans la *maladie de Hodgkin*. On assiste souvent, sous son influence, à une fonte rapide, complète ou partielle, des masses ganglionnaires. La fièvre disparaît, l'appétit reprend, le poids augmente ; le foie et la rate diminuent de volume ; le prurit, souvent rebelle à la radiothérapie, s'atténue. Un bien-être général est accusé par tous les malades qui peuvent souvent mener à nouveau une vie normale. Des rémissions notables ont été obtenues chez de nombreux sujets devenus radio-résistants et, dans certains cas, la sensibilité aux rayons s'est trouvée rétablie. L. S. Goodman rapporte même l'observation d'un malade, devenu réfractaire aux rayons X et à l'ypérite utilisés séparément qui répondit favorablement à l'association des deux thérapeutiques.

La durée des rémissions varie de 2 semaines jusqu'à 2 et même 8 mois pour Gilman. Mais, avec la répétition des séries, ces rémissions sont de plus en plus courtes. C. P Rhoads assure que les répits sont d'autant plus brefs que la maladie est plus rapidement progressive. Cependant les cures doivent être renouvelées aussi souvent et aussi longtemps que l'état de la formule sanguine le permet. Il semble, d'après L. O. Jacobson, que les cas où la moutarde nitrogène n'agit pas soient aussi primitivement rebelles à la radiothérapie.

Dans le *lymphosarcome* les résultats cliniques sont qualitativement similaires mais les insuccès sont beaucoup plus fréquents. Cependant des améliorations spectaculaires sont rapportées par les auteurs américains chez des malades qui avaient atteint un stade très avancé. Il semble que certaines formes avec lymphocytose élevée et adénopathies marquées obéissent mieux au traitement. De toute façon on n'obtient que des rémissions de quelques mois sur l'issue fatale. Une autopsie, pratiquée par Earl Osborne sur un sujet atteint de lymphosarcome et qui était mort de pneumonie 12 jours après une cure par le méthyl-*bis*, révéla qu'il ne persistait aucune lésion macroscopique ou microscopique du type néoplasique dans les nodules lymphatiques, dans les viscères et dans les téguments.

L'action des dérivés ypérités sur les *leucémies* est plus décevante. Absolument inefficaces dans la forme aiguë ils semblent cependant influencer

favorablement certains cas de leucémie myéloïde et de leucémie lymphoïde lentement progressives. Ils auraient alors une valeur palliative égale à celle des rayons X.

Dans l'*érythémie* des améliorations certaines ont été obtenues par Cornelius P. Rhoads et par L. O. Jacobson. Ce dernier observa des rémissions symptomatiques et hématologiques nettes qui persistaient 3 à 6 mois après le traitement, en tous points comparables à celles que produisent les thérapeutiques classiques.

Les essais pratiqués sur le mélanosarcome, le myélome multiple, le carcinome du sein, le sympathicoblastome, le lymphome à follicules géants furent généralement sans succès. Ils apportèrent cependant parfois des améliorations cliniques notables. L'efficacité de la moutarde nitrogène semble en effet beaucoup moins nette sur les néoplasies étrangères aux organes hématopoïétiques, mais l'expérience en est encore très limitée. Cependant ce traitement paraît très justifié lorsque les méthodes habituelles restent inopérantes.

Mais les dermatologues américains ont ouvert récemment une voie nouvelle à cette thérapeutique. En effet son action sur le *Mycosis fongoïde* est particulièrement intéressante ; elle est chaque jour l'objet de nouvelles observations :

H. Henstell et J. Tober rapportent un cas de mycosis généralisé chez une femme de 67 ans qui, n'ayant pas répondu à la radiothérapie (1.100 r), reçut 3 jours de suite 5 milligramme de méthyl-*bis* (β-chlorethyl) amine. Quatre jours plus tard le prurit, les tumeurs, les nappes commencèrent à diminuer. A la fin de la semaine tout avait disparu. Sauf les lésions ulcéreuses qui, elles-mêmes, guérirent en un mois.

Earl D. Osborne et ses collaborateurs ont traité deux cas de mycosis par le méthyl-*bis* :

Leur première malade, une femme de 54 ans, atteinte de mycosis généralisé à éléments confluents, répondit très favorablement à une série de 4 jours de traitement. Un mois après, la plupart des tumeurs avaient disparu. L'érythème diffus s'était presqu'entièrement effacé. Seules persistaient une certaine atrophie et quelques télangiectasies résiduelles. Une biopsie faite à l'emplacement d'une ancienne lésion ne montra pas trace d'anomalie histologique. Huit mois après le traitement la malade signalait seulement un léger prurit.

Leur deuxième malade, un homme de 67 ans, présentait un mycosis généralisé datant de 7 ans, avec adénopathies multiples et état général médiocre. Douze jours après l'administration de la drogue une amélioration considérable s'était produite mais la guérison n'était que partielle. Un mois environ après la première on refit une seconde série qui fut très mal tolérée et non suivie d'amélioration. Le malade mourut 7 mois plus tard.

R. Kierland, C. Watkins et C. Shullenberger rapportent 6 cas de mycosis

traités par la moutarde à l'azote dont 4 étaient devenus radio-résistants. Chez cinq d'entre eux ils ont observé une grande amélioration de l'état général et des lésions cutanées après une ou deux cures de la drogue. La rémission se prolongea pendant plus de 4 mois chez un des malades. Les réactions d'intolérance, plus ou moins graves selon les individus, n'ont jamais empêché la poursuite du traitement. L'action bienfaisante de cette thérapeutique leur a paru certaine mais variable d'un sujet à l'autre et d'une lésion à une autre lésion sur un même individu.

Plus pessimiste mais aussi plus contestable nous semble être l'observation publiée par Philpott et ses collaborateurs qui traitèrent avec le même produit un mycosis généralisé, précédemment irradié et évoluant depuis 4 ans chez un homme de 79 ans. Ce dernier, ancien mineur, atteint de silicose et cardiaque devait mourir chez lui quelques semaines plus tard sans qu'une autopsie ait pu être pratiquée pour établir la cause réelle de sa fin. Les auteurs concluent à la grande activité de la moutarde nitrogène mais font des réserves quant aux doses couramment employées qui leur semblent dangereuses.

Jusqu'ici un seul cas de *sarcomatose multiple hémorragique de Kaposi* a été publié dans la littérature américaine traitant de la thérapeutique ypéritée. Il s'agissait d'une femme de 67 ans atteinte également de maladie de Hodgkin. Earl D. Osborne qui tenta sur elle le nouveau traitement n'obtint que des résultats décevants.

Mais les indications de la cure ypéritée semblent pouvoir déborder le cadre des seules affections néoplasiques.

Earl D. Osborne relate en effet l'histoire d'une femme de 35 ans, atteinte de *lupus érythémateux disséminé* très prurigineux qu'un aspect clinique trompeur et une biopsie peu caractéristique avaient fait confondre avec un érythème prémycosique. La radiothérapie restant inopérante, un traitement par le méthyl-*bis* fut instauré aux 3/4 des doses habituelles. Quatre semaines après, la plupart des lésions avaient disparu. L'état général de la malade, fort médiocre au début, s'était considérablement amélioré. Une légère rechute, survenue trois mois après la cure, permit de pratiquer une nouvelle biopsie qui révéla, cette fois fort nettement, qu'il s'agissait d'un lupus érythémateux typique. Par la suite, le mieux s'accentua et les lésions cutanées avaient presqu'entièrement disparu lorsque l'observation fut publiée.

Il est intéressant, dans cet ordre d'idées, de résumer 4 observations de G. E Snider relatives au traitement par l'ypérite de *sarcoïdes de Bœck généralisées*. Le diagnostic clinique ayant été confirmé par la biopsie chez les 4 malades ceux-ci furent soumis à une cure de 4 jours renouvelée un mois plus tard. La guérison fut pratiquement complète chez tous :

Le premier sujet, atteint depuis 1 an de sarcoïdes oculaires, pulmonaires, cutanées et épididymaires guérit définitivement 4 mois après la deuxième série.

Le second malade qui souffrait depuis 3 ans de sarcoïdes à localisations multiples avec parotidite, troubles de la vue, fièvre modérée et dyspnée, guérit presque complètement après la deuxième cure.

Le troisième, porteur depuis 1 an d'adénopathies généralisées, de kératite droite, de granulomatose de la muqueuse nasale et de l'épididyme avec cuti-réaction négative à la tuberculine fut presque complètement rétabli un mois environ après la deuxième série d'ypérite.

Enfin le dernier malade qui présentait de nombreuses lésions granulomateuses dont certaines étaient très anciennes, souffrait depuis 6 mois de douleurs abdominales avec diarrhée, dyspnée et avait maigri de 25 livres. Après le traitement une amélioration progressive se produisit mais l'observation, trop récente, ne permet pas encore de conclure.

Les dérivés ypérités semblent donc avoir une efficacité réelle dans le traitement du lupus érythémateux et de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann mais, étant donné la gravité très moyenne de ces deux affections et le danger certain que présente cette thérapeutique il paraît préférable, sauf exceptions, de la réserver à des cas plus désespérés.

L'expérience dermatologique concernant la valeur curative des moutardes à l'azote est donc encore très courte et relativement limitée. Cependant les résultats obtenus par les cliniciens américains méritent le plus grand intérêt ; ils incitent à poursuivre et à étendre les mêmes études. Actuellement des essais analogues sont en cours dans le Service de notre Maître le Dr Touraine à l'Hôpital Saint-Louis. Les résultats en seront publiés ultérieurement (voir note additionnelle).

L'action de ce traitement sur la maladie de Hodgkin, les leucémies, le lymphosarcome, le mycosis fongoïde paraît généralement salutaire et très voisine de celle des rayons X. Elle a pu, chez certains malades devenus radio-résistants, provoquer des rémissions prolongées et rétablir même une sensibilité ultérieure aux rayons. Enfin Goodman a même utilisé avec succès l'association simultanée des deux thérapeutiques. S'il semble, d'après certains travaux, que l'amélioration soit plus rapide mais plus courte avec l'ypérite qu'avec la radiothérapie, on ne peut cependant comparer exactement l'efficacité respective des deux méthodes, car la majorité des sujets traités se trouvaient à un stade très avancé de leur affection et avaient été préalablement irradiés, l'expérience clinique n'est donc pas suffisante et les indications ou contre-indications ne peuvent encore être établies d'une façon définitive. Cette nouvelle thérapeutique, palliative comme la radiothérapie, représente cependant un progrès certain. Mais une notion devra toujours prévaloir, celle de la haute toxicité de la drogue, car sa marge de sécurité est très étroite. Cependant de vastes perspectives sont ouvertes car le traitement est relativement récent et deux composés seulement ont été étudiés dans ce sens. Il en reste des centaines d'autres à expérimenter.

Il sera peut-être un jour découvert un dérivé de l'ypérite qui détruira sélectivement la cellule cancéreuse.

BIBLIOGRAPHIE

GILMAN et PHILIPS. — *Science*, **103**, n° 2675, avril 1946.
RHOADS. — *Journal of the American Medical Association*, **131**, n° 8, 22 juin 1946.
GOODMAN. — *Journal of the American Medical Association*, **132**, n° 3, 21 septembre 1946.
JACOBSON. — *Journal of the American Medical Association*, **132**, n° 5, 5 octobre 1946.
PHILPOTT. — *Journal of the American Medical Association*, **135**, n° 10, 8 novembre 1947.
OSBORNE (Earl D.). — *Journal of the American Medical Association*, **135**, n° 17, 27 décembre 1947.
SNIDER (G. E.). — *Southern Medical Journal*, **41**, n° 1, janvier 1948.
SHERRY (M.). — *Southern Medical Journal*, **41**, n° 2, février 1948.
HEUSTELL (H.) et TOBER (J.). — *Journal of Investigative Dermatology*, **8**, avril 1947.
KURLAND (R.), WATKINS (C.) et SHULLENBERGER (C.). — *Journal or Investigative Dermatology*, **9**, octobre 1947.
THOMAS et COLLUMBINE. — *The Lancet*, **252**, n° 6461, 28 juin 1947.
LAMOTTE-BARILLON. — *Les entretiens de Bichat*, 173.
TOURAINE et CARRAUD. — *Soc. fr. de Dermatol.*, 15 janvier 1948.
JUSTIN-BESANÇON (L.), LAMOTTE-BARRILLON (S.) et POLONOVSKI (S.). — *Soc. médic. des Hôpit. de Paris*, 30 mai 1947, 1031.

Travail du Service du Dr A. TOURAINE (Hôpital Saint-Louis).

NOTE ADDITIONNELLE

Les résultats de ces essais, portant sur 8 mycosis fongoïdes, une pseudo-sarcomatose de Kaposi et deux maladies de Hodgkin ont été communiqués à la Société française de Dermatologie (mai 1948). Très favorables dans le cas de maladie de Hodgkin, nuls dans celui de maladie de Kaposi, ils ont été très irréguliers dans le mycosis fongoïde. L'amélioration nette, obtenue dans 5 cas, n'a été que passagère (3 semaines à 3 mois) ; l'action s'est encore atténuée au cours des séries suivantes de traitement. Un des malades est mort en 4 mois ; tous sont en rechute.

A. TOURAINE.

LA NOUVELLE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE STOCKHOLM

Le 13 mai 1948 a été inaugurée solennellement en présence du Prince-héritier régent, des autorités de l'État, de la Ville de Stockholm, de l'Université et du Corps médical, la nouvelle Clinique dermatologique de Karolinska Sjukhuset (Stockholm 60).



A cette occasion, le Professeur Sven Hellerström prononça une allocution dont nous sommes heureux de publier de longs extraits :

« Quatre-vingt-dix ans se sont écoulés depuis que les Pouvoirs publics accordèrent pour la première fois une subvention pour l'enseignement de la Vénéréologie. Au début, celui-ci fut donné à l'hôpital Eira puis, depuis 1888 et jusqu'à ces derniers jours, à l'hôpital Saint-Göran. Peu à peu l'activité de ce service augmenta et comprit également la Dermatologie ; mais, au cours des années, les locaux mis à la disposition de la clinique, à l'hôpital Saint-Göran, se sont révélés trop étroits, défectueux, mal adaptés à un hôpital de spécialité. Cependant, si ces conditions ont eu, dans une certaine mesure, une influence défavorable en ce qui concerne la recherche et l'enseignement, c'est avec joie et gratitude que je constate ici que les autorités de la Ville de Stockholm ont témoigné d'une grande compréhension et ont cherché continuellement à éliminer les difficultés qui se présentaient ; c'est avec une certaine émotion que nous abandonnons le

vieil hôpital dans les murs duquel un grand médecin parmi tant d'autres, le professeur Welander, a exercé son activité et où non seulement ont été formés tous les représentants de la Dermatologie suédoise, mais encore où, pour ainsi dire, tous les médecins suédois actuels ont reçu leur formation dermato-vénéréologique. Je veux aussi adresser ici une pensée émue et des remerciements chaleureux à mes deux illustres maîtres et prédécesseurs dans mes fonctions, les feus Professeurs Almkvist et Strandberg.

Cette nouvelle Clinique dermatologique est située à l'endroit qui avait été prévu dans le plan général d'extension de Karolinska Sjukhuset, c'est-à-dire sur les terrains qui sont à l'Ouest du bâtiment principal. La Clinique comporte 166 lits répartis en cinq services généraux, dont un pour les enfants, un pour les malades particuliers et un pour le service d'isolement (malariathérapie). La Clinique comprend, en outre, une policlinique, une salle de cours avec un musée, un petit service d'héliothérapie, ainsi qu'une salle de travail pour les médecins, pour la recherche scientifique et un laboratoire d'analyses courantes ; le bâtiment est en relation directe avec les aménagements souterrains de Karolinska Sjukhuset.

Comme l'enseignement policlinique est la forme incomparablement la plus importante pour l'acquisition des connaissances, la salle de cours a reçu un emplacement central qui la rend accessible aussi bien de la clinique que de la policlinique. Cette salle est dotée de dispositifs modernes de projection, de cinématographie, etc. Les lieux réservés aux démonstrations reçoivent un éclairage naturel satisfaisant.

Le musée contient une collection de moulages de très grande valeur qui a été donnée à la Clinique, en 1937, par le Dr E. Björling, de Malmö. L'enseignement des maladies cutanées repose en grande partie sur un tel matériel de démonstration. Aussi, le musée a-t-il été rendu facilement accessible de la salle de cours.

Il existe, en outre, des laboratoires pour les recherches spéciales comme la mycologie, un laboratoire pour la photographie, un laboratoire pour les études sur l'allergie ; celui-ci est sous la direction d'un chef de service spécial qui s'adonne aux recherches scientifiques sur les affections allergiques de la peau, en particulier les eczémas professionnels.

La policlinique dispose de salles de démonstrations spécialisées pour l'enseignement.

Il ressort de ce bref exposé que le nouveau bâtiment de la Clinique dermatologique remplit à tous égards les exigences dont il fait l'objet et qu'il a résolu d'une manière particulièrement satisfaisante un difficile problème d'architecture.

La grande bienveillance qu'ont témoignée les divers organismes dirigeants de l'État, en toutes circonstances, aux promoteurs du mouvement dermatologique crée des obligations et de grandes obligations. C'est mon ferme espoir que les représentants de la Dermatologie, pleinement conscients de leurs devoirs, s'efforceront constamment, chacun dans la mesure de ses moyens, de faire tout leur possible pour soulager, guérir et prévenir les maladies et les souffrances. »

RECUEIL DE FAITS

GUÉRISON TOTALE D'UN LUPUS TUBERCULEUX PAR LA VITAMINOTHÉRAPIE D_2 MALGRÉ DES INCIDENTS SURVENUS AU COURS DU TRAITEMENT

Par J. WATRIN et M. RIBON

Mme G..., 51 ans, cultivatrice, a présenté en 1934, au début de l'affection, 5 à 6 lupomes situés sur les bords libres des narines.

En traitement à Strasbourg jusqu'en 1939, on a pu obtenir la stabilisation des lésions.

Sans traitement aucun depuis cette date, elle entre le 1er avril 1947 à la Clinique de dermatologie de Nancy.

Le lupus s'est étendu à tout le nez, intéressant les joues et la lèvre supérieure en un vaste placard de 9 centimètres de haut sur 12 centimètres de large. Le faciès a pris un aspect léonin (fig. 1). Lupus de type myxomateux, de couleur rouge violacée, impétiginisé par places, formé de monstrueux lupomes confluents. Ganglions sous-maxillaires hypertorphiés.

La radioscopie pulmonaire montre des champs de luminosité normale, sans lésion parenchymateuse. Aorte légèrement saillante. Espace rétro-cardiaque clair.

La cuti-réaction est fortement positive, phlycténulaire.

Réaction de Calmette : antigène à l'œuf : —.

Réaction de Vernes : densité optique : 32.

Conclusion : pas d'anticorps tuberculeux dans ce sérum.

Mise au traitement par la vitamine D_2 avec régime lacto-végétarien sans association de traitement externe (3 ampoules de Stérogyl 15 la première semaine, 2 ampoules les semaines suivantes).

6 mai 1947. La malade est revue, nettement améliorée. L'infiltration des tissus et l'œdème ont fortement diminué. L'infection secondaire est en voie de disparition. Persistance de nombreux lupomes. On note donc de sérieux progrès, mais la malade se plaint de vomissements. Elle a perdu l'appétit, souffre de brûlures d'estomac, elle est très affaiblie, l'amaigrissement est de 3 kilogrammes. On craint des accidents d'hypervitaminose D. Aussi on décide la suppression du Stérogyl 15 et son remplacement par la vitamine C (laroscorbine Roche, 3 comprimés par jour).

L'urée sanguine est de 0 gr. 40 par litre. Présence d'albumine dans les urines. Pas de cylindre. Pas de sucre.

Le 20 mai 1947. L'état général est très amélioré. Tous les symptômes précédents ont disparu, démontrant ainsi leurs origines vitaminiques D_2.

Malgré tout on tente la reprise du traitement (2 ampoules de Stérogyl 15 par semaine associé à la prise de vitamine C).

Le 24 juin 1947. L'amélioration locale des lésions lupiques est manifeste. Toute trace de lupomes a disparu et l'évolution est complètement stoppée sur les bords.



Fig. 1. — Lupus végétant ulcéreux.

Malheureusement les vomissements avec perte de l'appétit ont réapparu, l'amaigrissement a continué. On ne note pas de troubles rénaux ni de présence d'albumine dans les urines.

On cesse tout traitement pendant 10 jours, on ordonne seulement un peu de solution de Bourget le matin et la prise journalière de 20 gouttes d'ergorone Poulenc.

Le 6 août 1947. Nous avons l'heureuse satisfaction de pouvoir constater de gros progrès locaux avec conservation d'un bon état général. Plus de troubles fonctionnels. Les lésions sont totalement affaissées et en voie de cicatrisation.

On reprend l'administration de vitamine D_2 sous forme d'une ampoule de Stérogyl 15 par semaine, avec prise quotidienne de 20 gouttes d'ergorone. La calcémie est de 1 gr. 02 par litre de sérum. La tension artérielle est de 22-14.

Le 22 octobre 1947. La malade est revue, presque complètement guérie (fig. 2). Seul le nez est le siège d'une néoformation molle et encore fluctuante. L'état général reste toujours excellent.

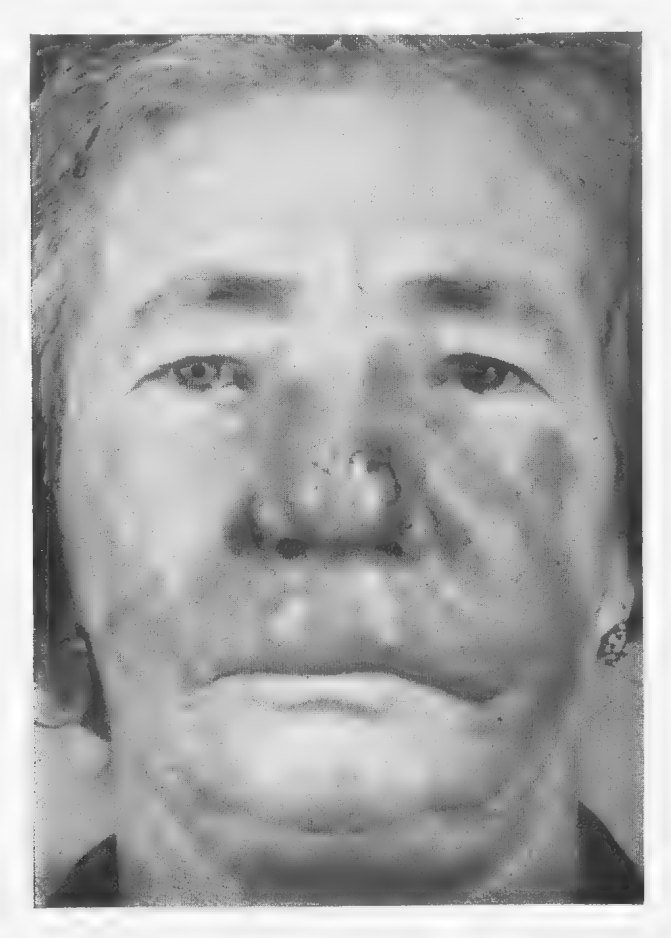


FIG. 2. — Même malade après traitement par la vitamine D_2.

Cette malade a donc pris en 6 mois, 35 ampoules de stérogyl 15 soit 525 milligrammes de vitamine D_2, sans association d'aucun traitement externe et 2 flacons d'ergorone.

L'intérêt de cette observation réside dans la poursuite du traitement vitaminé malgré de légers accidents d'intolérance, poursuite parfaitement tolérée par l'octroi de doses plus espacées et filées de vitamine D_2.

Ce fait semble général dans les cas d'hypervitaminose et il semble qu'il soit nécessaire de donner à l'avenir des doses moins fortes, mais plus souvent répétées.

ANALYSES

1a. — *Histoire de la Dermatologie.*

M. TRUFFI (Padoue). — **Histoire de « Hieronymus Fracastor »** (The story of Hieronymus Fracastor). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 9, septembre 1947, pp. 515-533, 18 figures.

Très remarquable étude sur la vie et les œuvres de ce médecin de la Renaissance (1478-1553), auteur du terme « syphilis », des traités *Syphilis sive morbus gallicus* (1530), *Homocentrica* et *De causia criticorum dierum* (1538), *De sympathia et antipathia rerum*, *De contagione et contagiosis morbis* (1546), *De poetica* (1549), etc., réunis en *Opera omnia* (1555) et de nombreux ouvrages philosophiques.

A. TOURAINE.

H. GOODMAN (New-York). — **P. L. Alphée Cazenave (1795-1877).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 5, mai 1947, pp. 301-302.

Continuant la série de ses notices biographiques sur les pionniers en dermatologie, cette revue donne un bon aperçu de l'œuvre de ce grand dermatologiste français. A. TOURAINE.

H. GOODMAN (New-York). — **Ferdinand Hebra (1816-1880).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 8, août 1947, pp 487-492.

Intéressant exposé de la vie et de l'œuvre du grand dermatologiste viennois, à l'Hôpital général de Vienne à partir de 1845. A. TOURAINE.

J. PELLERAT (Lyon). — **Une grande figure de la syphiligraphie française : Joseph Rollet. de Lyon** (A great figure of french syphilology : Joseph Rollet, of Lyon). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 9, septembre 1947, pp. 551-556, 1 figure.

Bel article sur la vie et les œuvres du grand syphiligraphe lyonnais (1824-1894).

A. TOURAINE.

H. GOODMAN (New-York). — **H. Radcliffe Crocker (1845-1909).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 7, juillet 1947, pp. 428-429.

Élogieuse notice biographique sur l'éminent dermatologiste de Londres et sur ses travaux, en particulier sur les dermatoses bulleuses. A. TOURAINE.

F. RONCHÈSE (Providence, U. S. A.). — **Achille Breda (1850-1934).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 10, octobre 1947, p. 616, 1 portrait.

Courte notice sur la vie du dermatologiste de Padoue. A. TOURAINE.

T. BENEDEK (Chicago). — **P. G. Unna (1850-1929).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 10, octobre 1947, pp. 612-616, 1 portrait.

Importante notice sur la vie et l'œuvre du grand dermatologiste allemand.

A. TOURAINE.



Fig. 112. — Maladie de Darier (femme de 30 ans) (Weissenbach).



Fig. 113. — Dermatite professionnelle chez un polisseur d'albâtre (Grzybowski, Varsovie).

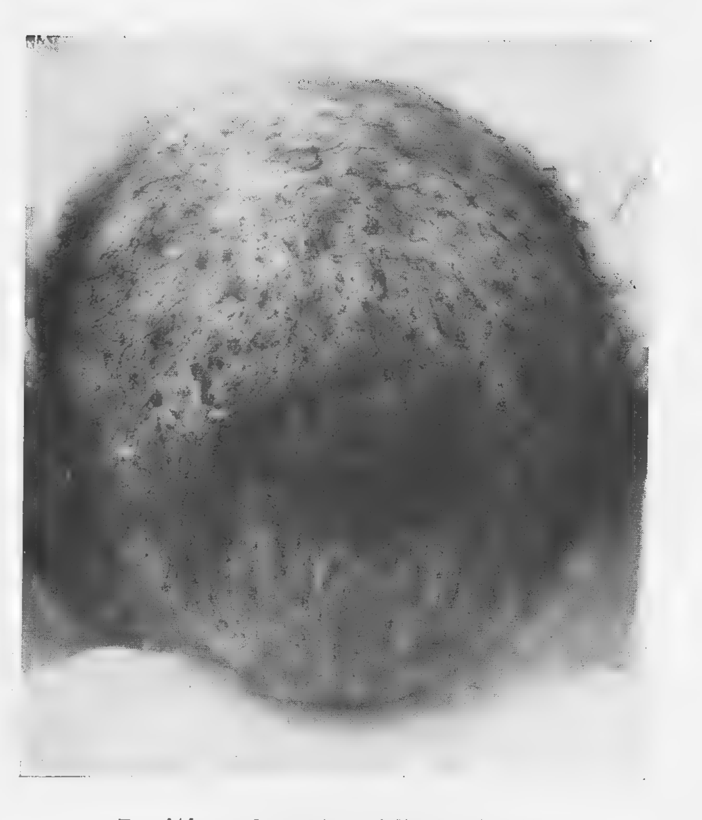


FIG. **114** — Pemphigus foliacé primitif (OSWALDO G. COSTA, Belo Horizonte, Brésil).



FIG. **115**. — Maladie de Leiner. Moussous (enfant âgé de 40 jours) (TOURAINE).



Fig. **116**. — Phtiriase du cuir chevelu à forme de plique (femme de 22 ans) (Sézary).



Fig. **117**. — Folliculite décalvante du cuir chevelu (garçon de 6 ans) (Touraine).

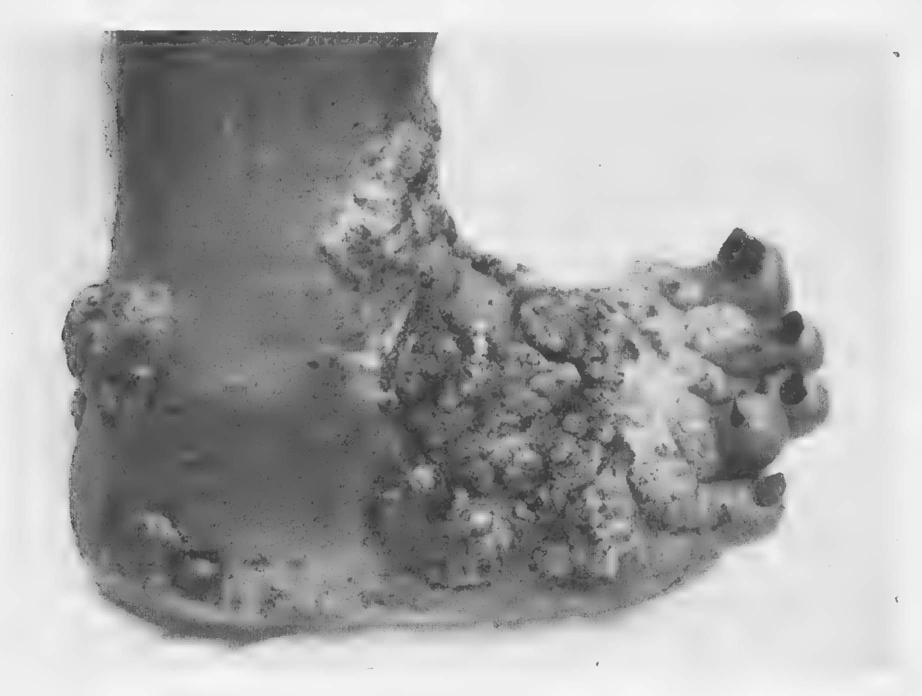


Fig. 118 — Leishmaniose brésilienne (Oswaldo G. Costa, Belo Horizonte, Brésil).

Fig. 119. — Bouton d'Orient de l'avant-bras (Homme de 45 ans) (Méchin, Constantine).

S. Hellerström (Stockholm). — **A la mémoire de Johan Almkvist** (In memory of Johan Almkvist). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 8, août 1947, pp. 484-487.

Importante notice biographique par Almkvist (1869-1945) et ses travaux en anatomie pathologique, sérologie, vénéréologie. A. Touraine.

S. Greenbaum et C. Wright (Philadelphie). — **J. Frank Schamberg (1870-1934).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 4, avril 1947, pp. 251-253.

Continuant l'intéressante série de ses notices biographiques sur les pionniers de la dermato-vénéréologie, cette revue publie ici une importante étude de la vie et des travaux de Schamberg, élevé à Philadelphie, élève des Écoles de Paris, Vienne et Berlin. On lui doit la connaissance d'une parasitose cutanée due à *Pediculoides ventricosus* (1904) et de la « maladie de Schamberg » (1900), la vulgarisation aux États-Unis de l'arsénothérapie de la syphilis. A. Touraine.

H. MacCormac (Londres). — **Sir Malcolm Morris et J. J. Pringle.** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 10, octobre 1947, pp. 608-612, 2 portraits.

Bonnes notices biographiques sur ces deux grands dermatologistes anglais d' « entre deux siècles ». A. Touraine.

1d. — *Traités de Dermatologie.*

A. Desaux. — **Traitement des dermatoses communes.** Masson, Paris, 1948, un volume de 1.300 pages, 320 figures, nombreuses références bibliographiques.

Ce nouveau, important et utile manuel est, en réalité, un véritable traité de dermatologie, plus qu'un recueil de traitements. Chaque affection y est, en effet, d'abord présentée par un rappel de ses caractéristiques cliniques, anatomiques, étiologiques et pathogéniques et l'auteur a eu la constante et louable préoccupation de placer chaque dermatose dans le cadre non seulement de la dermatologie mais aussi dans celui de la pathologie générale. C'est le même esprit qui imprègne les paragraphes, toujours détaillés, du traitement de chaque affection; traitements locaux, purement dermatoogiques, et aussi, toutes les fois que l'occasion le permet, traitements généraux soit de la cause soit des troubles qui accompagnent les lésions cutanées. Le tout est parfaitement ordonné, de manière simple, claire, pour l'étudiant comme pour le praticien.

Après un aperçu de 30 pages sur l'histophysiologie cutanée, Desaux expose, en 96 pages, les méthodes et les techniques d'examen, les notions utiles de pathologie générale (allergie, examen des viscères, etc.). Il étudie ensuite les dermatoses, aux points de vue nosologique et thérapeutique, dans l'ordre suivant : les prurits fonctionnels ou parasitaires (poux, gale), les érythèmes (de causes externes, roséoles, de types divers), les cyanoses, les purpuras, les taches vasculaires, les dyschromies, les papules (prurigineuses ou non), les végétations et papillomes, les ichtyoses, les dermatoses érythémato-squameuses, les vésicules perlées ou ponctuées (eczéma), les papulo-vésicules (eczéma), les bulles, les pustules, les tuberculoses, les nouures, les infiltrations dermiques et hypodermiques, les nævi et tumeurs, les gangrènes, les plaies, les atrophies et scléroses, les folliculoses, les hydroses.

Reprenant ensuite la dermatologie sur un plan topographique, Desaux indique, en 238 pages, les particularités cliniques et thérapeutiques des dermatoses selon leurs sièges spéciaux : seins, plis, paumes et plantes, ongles, face et cou, région ano-génitale.

Outre les traitements classiques, le lecteur trouvera dans cet ouvrage, références bibliographiques à l'appui, les méthodes ou techniques récentes, moins répandues, mais qui ont fait leur preuve. Grâce à une forte documentation, à une longue pratique personnelle, l'auteur a fait, là, œuvre originale qui rendra service à tous, spécialistes ou non, et qui doit rentrer dans la catégorie des livres de chevet. Une riche et bonne illustration, une excellente présentation contribueront à assurer le succès mérité de ce livre. A. Touraine.

Divers. — **Les entretiens de Bichat sous la direction de Guy Laroche et Justin-Besançon.** *L'Expansion scientifique française*, Paris, 1947, 288 pages.

On connaît le grand succès et l'heureuse formule des ces Entretiens qui, en de courts chapitres, condensés, de grande clarté, mettent les praticiens au courant des progrès les plus récents. Parmi les articles qui intéressent la dermato-vénéréologie, citons :

Jean Martin. — *La biopsie extemporanée* (p. 41) *par congélation ou ultropack; La biopsie ganglionnaire* (p. 45).

A. Tzanck. — *Le cyto-diagnostic immédiat en dermatologie* (p. 83) sur frottis de tumeurs ou collections liquides, riche en applications.

P. de Graciansky. — *La mélanose de Riehl* (p. 85), avec discussion de ses facteurs étiologiques.

Desbordes. — *Essai d'unification et de contrôle des réactions sérologiques appliquées à la syphilis en France* (p. 239), avec critique de la valeur de ces réactions.

A. Tzanck. — *De l'importance des tests épidermiques en dermatologie* (p. 247), pour explorer les états de prédisposition individuelle, si importante en pratique journalière, à l'atelier comme à l'hôpital.

A. Lichtwitz. — *Les 17 cétostéroïdes* (p. 57), en tests d'exploration glandulaire ou métabolique.

A. Lichtwitz. — *Les frottis vaginaux* (p. 99) qui renseignent sur les activités ovarienne et œstrogénique.

E. Bompart. — *Pigmentation des muqueuses avec mélanodermie non addisonienne* (p. 177) et ses causes diverses.

Th. Alajouanine, R. Thurel et L. Durupt. — *Liquide céphalique et liquide rachidien. Technique de leur dissociation. Intérêt pratique et doctrinal* (p. 193), en particulier dans les diverses localisations de la syphilis nerveuse.

M. Tubiana. — *La plasticité des germes, la chimiothérapie et les antibiotiques* (p. 17), en particulier la résistance progressive des microbes vis-à-vis de ces thérapeutiques.

A. R. Salmon. — *Les nouveaux antiseptiques mercuriels* (p. 21), notamment l'acide éthyl mercurithiosalicylique (merthiolate, merseptyl), très bactéricide en solution à 0,5-1 o/o, non irritant, non salissant, en badigeonnages.

J. Trémollières. — *Le British Anti-Lewisite* (p. 37) souvent capable de neutraliser les accidents graves de l'arsénothérapie.

G. Laroche. — *Valeur de la cholestérolémie en clinique* (p. 63), notamment dans le diabète, les xanthomes.

S. Lamotte-Barrillon. — *Essai de traitement de la maladie de Hodgkin et des lymphosarcomes par les dérivés de l'ypérite* (p. 173) ou « moutarde à l'azote » en

injections à la dose de 1 milligramme [? *An.*] par kilogramme et par jour, pendant 4 jours. « Résultats spectaculaires mais inconstants »; incidents possibles.

A. R. Salmon. — *Utilisations médicales de la poudre D. D. T.* (p. 217) contre la phtiriase et la gale (méthode de Touraine). A. Touraine.

F. Bezançon et P. Gastinel. — **Maladies infectieuses.** *Collection des Précis de Pathologie médicale*, 3e édition, Masson, 1947, 2 volumes de 988 et 774 pages, 97 et 138 figures.

Beaucoup des chapitres de ce remarquable Précis (qui mériterait mieux le titre de Traité tant sa matière est riche et dense) intéressent la dermato-vénéréologie. Tels sont entre autres :

Généralités sur les maladies infectieuses (classification, historique, bactéries, réactions de l'organisme contre les microbes, immunité, allergie, physio-pathologie, séméiologie, chimiothérapie, pénicillothérapie) (142 pages).

Infections à *staphylocoques* et leurs nombreuses manifestations cutanées (39 pages), à *streptocoques* (*érysipèle*, etc.) (52 pages), à *gonocoques* (23 pages), à *pasteurelloses* (tularémie) à *pfeifferoses* (chancre mou), à genres voisins du Bacterium (rouget), à *germes sporulés* et à *anaérobies* (charbon, gangrène gazeuse, stomatite et angine ulcéro-membraneuses), au bacille diphtérique (lésions muqueuses et cutanées) au *genre Mycobacterium* (tuberculose en 222 remarquables pages, lèpre, morve), aux *parasites végétaux* (actinomycose, mycétomes, sporotrichose), aux *spirochètes* (syphilis en 163 pages qui constituent un excellent manuel très complet de syphiligraphie dont la lecture est particulièrement recommandée, pian, sodoku), aux *parasites animaux* (trypanosomiases, leishmanioses, amibiase), aux *rickettsioses* (typhus exanthématique, fièvre boutonneuse, etc.), aux *ultra-virus* (précieuses généralités, vaccine, variole, herpès, maladie de Nicolas-Favre), à des *germes discutés ou inconnus* (scarlatine, rougeole, rubéole, mégalérythème épidémique, varicelle, zona, mononucléose infectieuse, suette miliaire, érythème noueux, érythème polymorphe).

Quand on se rappelle la part si importante que les auteurs ont prise à l'étude de beaucoup de ces maladies, on ne peut que remarquer avec satisfaction l'impartialité, la pondération, le souci d'être complet et clair qui président à chaque chapitre. L'étudiant trouvera dans ce très bel ouvrage, richement illustré, ample matière à son instruction, le praticien tous les éléments d'un diagnostic et d'un traitement opportuns, le spécialiste de parfaites mises au point condensées des récents progrès. Présenté avec le soin habituel à l'éditeur, ce précieux ouvrage doit prendre place dans toutes les bibliothèques médicales.

A. Touraine.

M. Sulzberger et R. Baer (New-York). — **L'annuaire 1946 de Dermatologie et de Syphiligraphie** (The 1946 Year Book of Dermatology and Syphilology), Chicago, 1947, 638 pages, 84 figures.

Comme chaque année, ce commode et précieux ouvrage résume les principaux travaux et progrès réalisés dans le monde entier, en dermatologie et en vénéréologie, au cours de l'année précédente. La riche documentation des auteurs, leur impartialité font de cette revue annuelle un excellent instrument de travail aussi bien pour le praticien que pour le spécialiste. Citons, entre autres, les chapitres qui concernent les *progrès en thérapeutique dermatologique* (sulfamides, mycothérapie, quinoléine, goudrons, acides gras, podophyllin, antiparasitaires, B. A. L., excipients, antihistaminiques, vitamines, hormones, radiations, psychothérapie), la vitaminothérapie de la tuberculose cutanée, les traitements du lupus érythémateux, du pemphigus, du prurit, de la sclérodermie, la physiothérapie (rayons X, neige car-

bonique), les *dermatoses allergiques* (D. D. T., dermatites de contact, prurigo de Besnier, etc.), les *dermatoses non allergiques* (nouveaux syndromes, lichens, érythème polymorphe, groupe des pemphigus, dermatomyosite, psoriasis pustuleux, etc.), l'acné, la miliaire sudorale et l'asthénie anhidrosique, certaines *génodermatoses* (épidermolyse bulleuse, épidermodysplasie, adénomes symétriques, incontinentia pigmenti, trophœdème, cheilites, colloid milium, etc.), les *tumeurs* (Kaposi, syringocystadénome, etc.), les *hématodermies* (leucémides), les *mycoses* (teignes, etc.), la lèpre, la diphtérie cutanée, les gangrènes, l'herpès, l'aphtose, l'amibiase cutanée, les parasitoses (gale, poux, helminthiases), le *traitement de la syphilis* (pénicilline, arsénones, accidents du traitement), les *méthodes de diagnostic* de la syphilis (sérologie et ses nouveaux antigènes, fausses réactions), les *manifestations* de la syphilis (cardio-vasculaires, noueuses, etc.), les autres *maladies vénériennes* (granulome vénérien), la *lutte sociale* contre les maladies vénériennes, etc.

Une place de choix est, il va de soi, réservée à la pénicilline. Une abondante bibliographie accompagne chaque chapitre. Bonne table des matières.

A. Touraine.

M. Sulzberger et R. Baer (New-York). — **L'annuaire 1947 de Dermatologie et de Syphiligraphie** (The 1947 Year Book of Dermatology and Syphilology), Chicago, 1948, 604 pages, 71 figures.

Avant de passer en revue les nouveautés dermato-vénéréologiques de 1947 dans le monde entier (la France est représentée par une quinzaine de publications), les auteurs discutent de quelques malentendus qui règnent en médecine générale à propos de la dermatologie. Le langage de ses spécialistes est volontiers ésotérique et abuse des termes composés trop longs ou obscurs, des noms propres. On reproche aussi aux dermatologistes leur diagnostic « en une minute », leurs traitements de base peu scientifiques et de résultats trop souvent médiocres, leur trop faible contribution aux progrès généraux de la médecine. Les auteurs répondent avec esprit et pertinence à ces critiques et déplorent qu'il n'existe aux États-Unis aucun centre médical bien organisé pour la pratique comme pour l'enseignement, ainsi qu'il en existe en Europe.

Suivent de courts et très clairs chapitres sur les principaux travaux parus en 1947, parmi lesquels ceux de thérapeutique (pénicilline, B. A. L., antihistaminiques, vitamines, etc.) figurent naturellement en bonne place.

Ce livre de « digests » sera particulièrement utile à tous ceux qui désirent se maintenir facilement au courant du mouvement dermato-vénéréologique.

A. Touraine.

D. Pillsbury, M. Sulzberger et Cl. Livingood (traduction par R. Quero). — **Manuel de Dermatologie** (Manual de Dermatologia), Fresneda édit., La Havane, 1947, 19 + 470 pages, atlas de 109 figures.

Première traduction en espagnol de ce manuel paru en 1942 aux États-Unis et qui constitue une bonne initiation en dermatologie. C'est donc un livre beaucoup plus pratique que documenté, utile guide de diagnostic pour le débutant d'après les lésions élémentaires, la topographie, l'histoire, le traitement des dermatoses (schémas commodes). Une grande partie de l'ouvrage est réservée à la thérapeutique

A. Touraine.

L. Popoff (Sofia). — **Dermatologia et Venerologia.** 2e édition, revue et augmentée. Sofia, 1947, 2 volumes de 763 et 283 pages, 440 et 55 figures. Bibliographies.

Ces deux volumes constituent un Traité complet de dermato-vénéréologie. Leur texte est évidemment inaccessible au public français mais, presque tous les noms

de maladies ou d'affections étant en latin, il est aisé de faire quelques remarques agréables à propos de cet important ouvrage. C'est d'abord la forte documentation de l'auteur, particulièrement riche en travaux français même parmi les plus récents et nous devons particulièrement remercier le Pr Popoff de la place très importante qu'il a su maintenir à l'influence de l'École dermatologique de notre pays, alors que de nombreux travaux étrangers actuels paraissent l'ignorer. C'est aussi l'abondance des bonnes illustrations, sans lesquelles toute description morphologique reste lettre morte.

Le plan de l'ouvrage est le suivant : anatomie et physiologie de la peau (77 p.), résumé de dermatologie topographique (7 p.), précis thérapeutique (25 p.), dermatites artificielles (41 p.), troubles trophiques (33 p.), affections des annexes (poils, ongles, glandes) (38 p.), troubles de métabolismes (29 p.), affections de la bouche (22 p.), bulles (22 p.), gangrènes (5 p.), poïkilodermies (6 p.), dyschromies (8 p.), dyskératoses (11 p.), eczéma (18 p.), érythèmes actifs (13 p.), infections microbiennes (186 p.), nævi (37 p.), lichens (15 p.), dermatoses érythémato-squameuses (16 p.), prurigos, urticaires (23 p.), tumeurs (49 p.), hématodermies (18 p.), purpuras (10 p.), kératoses congénitales (12 p.), gonococcie (55 p.), syphilis (148 p.), maladie de Nicolas-Favre (8 p.), chancre mou (9 p.), granulome vénérien (3 p.), balanites (6 p.), végétations vénériennes (3 p.), gangrène foudroyante (1 p.), affections génitales diverses (13 p.), urétrites non gonococciques (11 p.).

A. Touraine.

1e. — Dermatologie (Articles généraux).

Divers. — **Références dermato-vénéréologiques** (Sammelreferate auf dem Gebiet der Dermatologie und Venereologie). *Dermatologica*, t. **95**, 1948, 335 pages, importantes bibliographies.

Dermatologica avait dû interrompre, en fin 1944, ses analyses de publications dermato-vénéréologiques. Cette revue les reprend aujourd'hui, en comblant la lacune fin 1944-fin 1946 sous forme d'un important volume d'analyses détaillées, résumant tous les travaux de cette période qu'elle a pu réunir; les publications françaises figurent en très bonne place.

Presque tous les grands dermatologistes suisses ont participé à ce travail dont l'utilité n'échappera pas à quiconque voudra compléter la bibliographie de toute question de notre spécialité. Citons, entre autres, F. et H. Pinkus (anatomie), Lutz (physiologie, anomalies de développement, de la pigmentation, dermatoses d'origine externe ou interne), Burckhardt (urticaire, érythèmes, purpuras, eczéma), Maire (groupe du pemphigus), Ackermann (prurits, lichen), Schuppli (acné, séborrhée, psoriasis, atrophies, scléroses, tuberculose, syphilis, pénicilline), Græflin (granulomatoses), Wortmann (mycoses), Robert (infections cutanées), Sagher (lèpre, maladies tropicales), Nohara (gonococcie, chancre mou, maladie de Nicolas et Favre, lutte anti-vénérienne), Storck (radiothérapie). A. Touraine.

R. Montel (Saïgon). — **Quelques aspects de la dermatologie et de la vénéréo-syphiligraphie en Cochinchine et sous les tropiques.** *Bulletin de la Soc. de Pathol. exotique*, t. **39**, nos 9, 10, 11, 12, septembre-décembre 1944, pp. 379-395 et 449-469.

Étude de la peau sous les tropiques (augmentation de la sudation, de l'hyperémie, de l'élimination de l'urée par la sueur; oligurie et concentration des urines; hyperpigmentation ; augmentation du nombre des glandes sudoripares d'après Clark et Lhamon).

Rappel des dermatoses causées directement par la chaleur (bourbouilles, sudamina, gale bédouine, etc.), par le froid (absence sous les tropiques), des pyococcies (très fréquentes), des prurigos (fréquents), des mycoses, des zoonoses (banales), des lucites (rares), des cancers baso-cellulaires de la peau (très rares), des spino-cellulaires des joues ou de la verge (assez fréquents).

Les manifestations de la syphilis ne présentent pas les particularités raciales, en Cochinchine, que l'on décrit habituellement sous le nom de syphilis exotique.

Rôle du diabète (30 o/o dans certaines collectivités) dans les pyococcies. Rareté des xanthomatoses. Mention des manifestations dermatologiques de la trypanosomiase, de la lèpre, du paludisme, des typhus, du sodoku, de la dengue, etc.

Rareté de la pelade, du lichen, du psoriasis, de la calvitie séborrhéique. Fréquence des chéloïdes. A. Touraine.

M. R. Caro. — **Rôle du clinicien dans la dermatologie moderne** (Role of the clinician in modern dermatology). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **56**, n° 3, septembre 1947, pp. 283-290.

Conférence exaltant le rôle du clinicien en dermatologie. Éloge de Hebra dont les descriptions cliniques n'ont, encore aujourd'hui, besoin d'aucune retouche. Par contre, nombre d'examens biologiques sont susceptibles d'erreur d'interprétation.

L. Golé.

G. Duwe et G. Achten. — **La dermatologie anglo-américaine.** *Le Scalpel*, n° 26, 28 juin 1947, pp. 611-620.

Revue d'ensemble où sont évoqués, brièvement, certains types cliniques de dermatoses décrits dans les pays anglo-saxons et peu connus, ou connus sous d'autres noms en Europe.

Les auteurs signalent successivement : la *dermatite infectieuse eczématoïde* (infections eczématoïd dermatitits) dont le point de départ peut être un foyer septique, la morsure d'un insecte, une irritation thermique, chimique ou un traumatisme bénin et l'agent pathogène le staphylocoque blanc ou doré, ou le streptocoque; la *dermatose chronique exsudative discoïde et lichénoïde* (exsudative discoid and lichenoid chronic dermatosis) dont l'aspect à la phase de généralisation rappelle le prémycosis fongoïde avec poussées urticariennes; la *dermatite exfoliatrice épidémique* (epidemic exfoliative dermatitis de Savill), soit à forme suintante eczématiforme soit à forme sèche, à type de pityriasis rubra. D'étiologie inconnue, elle évolue en quelques semaines, survient par épidémies dans les collectivités ou hôpitaux, mais son agent reste inconnu.

Plus curieuse est la *maladie des boîtes d'allumettes* (match box disease), lésion maculeuse et prurigineuse localisée à la cuisse et susceptible de généralisation. Elle est due au sulfure de phosphore.

Parmi les *dermatites de contact* (dermatitis venenata) signalons encore celles des *masques* (dues à l'intolérance au caoutchouc synthétique, comme la dermite des jarretelles), des *lunettes* (alliage nickel, cuivre et zinc qui, sous l'influence de la sueur, se comporte comme une batterie électrolytique créant un sel toxique pour la peau), *des vêtements militaires* (lésions eczématiformes variées, dues à une intolérance à la laine : le K. T. T. : khaki-tolérance-test positif).

Parmi les intolérances d'origine interne : l'*intoxication par l'atébrine* (chlorhydrate de quinacrine) aux manifestations très variées et qui, au point de vue traitement, nécessite, en sus de la suppression du toxique, l'adjonction de vitamine A.

Chez l'enfant, les auteurs anglo-saxons décrivent l'*éruption varicelliforme de Kaposi*, qui survient chez des enfants atteints d'eczéma et qui ressemble clinique-

ment à la vaccine généralisée et l'*echtyma contagiosum* (lésion identique à la vaccine et due à la transmission du « sheep pox » à l'homme).

D'autres affections citées ensuite par les auteurs sont bien connues en Europe. C'est ainsi qu'il n'y a pas lieu de signaler en tant que nouveautés [ainsi que le font les auteurs, *An.*] des affections telles que :

Subcutaneous fat necrosis of the new born (indurations cutanées curables obstetricales de Marfan, granulomes lipophagiques de Diss et Woringer, stéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés de P. Baize); le *congenital ectodermal defect* [connu en France depuis 1933 sous le nom d'*Anidrose avec hypotrichose et anodontie*, Touraine], le *sclerederma* [qui est le scléroderme décrit par Buschke, dès 1900, et que Touraine désigne sous le nom de cellulite sclérodermiforme extensive bénigne (1937) *An.*]; la *necrobiosis lipoidica diabetorum* [connue depuis les travaux d'Urbach]; la *calcinose* [travaux de Thibierge et Weissenbach]; le *syndrome de Behçet* (qui associe les signes de l'aphtose bipolaire (Touraine) avec une irido-cyclite); l'*épidermodyplasie verruciforme* a été décrite par Lewandowsky et Lutz. [Ces auteurs, eux-mêmes, ont renoncé ultérieurement à l'individualisation de ce type clinique]; le *blépharochalasis* [première description par Alibert]; le *syndrome de Senear-Usher* [qui fait l'objet d'études en Europe, en particulier par Touraine et Lortat-Jacob].

Les auteurs signalent également : l'*elephantiasis nervorum* (variété clinique de mal. de Recklinghausen); le *perforing folliculis of the nose* (perforation de la narine de l'intérieur vers l'extérieur par l'inflammation profonde d'un follicule); le *schedding of the skin* (desquamation récidivante de la peau, de la muqueuse linguale et buccale en 3 à 10 jours).

Parmi les questions d'ordre général, il y a lieu de citer les études sur le pH cutané et l'auto-désinfection de la peau, ainsi que les études sur l'innervation cutanée.

A côté de travaux importants sur les différents excipients et leur degré d'absorption cutanée, les auteurs signalent l'apparition du D. D. T. (d'ailleurs découvert en Suisse) et de la pénicilline (dont l'action, en applications locales, n'est pas toujours ni efficace ni bien tolérée).

Dans l'herpès : compresses d'acétate d'alumine, puis ultérieurement badigeonnage au violet de gentiane). Dans le psoriasis et l'eczéma séborrhéique : coaltar, avec ou sans rayons ultra-violets. Dans les parakératoses et les infections à cocci : sels mercuriels (amoniated mercury). Dans les végétations vénériennes : la résine de podophylin [dont l'usage a été introduit en France, par Touraine, depuis 2 ans].

Parmi les antihistaminiques de synthèse les Américains ont découvert le benadryl et la pyribenzamine. Les injections locales péri-lésionnelles d'extraits hépatiques et spléniques dans les épithéliomas baso-cellulaires ont été préconisées avec succès (14 cas sur 21) par certains auteurs.

Les Anglo-Saxons paraissent étendre les indications des agents physiques et surtout celles des rayons X.

La question du régime alimentaire ne paraît pas être au premier plan de leurs préoccupations. Les prescriptions diététiques diffèrent sensiblement des nôtres : par exemple dans l'acné, Sutton interdit le lait et le beurre mais autorise le pain, les cakes, pâtisseries, rognons, huitres, crevettes; dans l'acné rosacée, il interdit tous les carotinoïdes : carottes, oranges, citrons, épinards et, en général, tous les légumes colorés.

L. Golé.

L. Brunsting (Rochester). — **Progrès récents en dermatologie et en syphilologie** (Recent advances in dermatology and syphilology). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **58**, n° 2, février 1948, pp. 133-137. Bibliographie.

Revue générale portant notamment sur les *sulfamides* (réserves vis-à-vis des pyodermites; efficacité dans le chancre mou), la *pénicilline* (dans les strepto- et staphylococcies), la *streptomycine* (dans la tularémie et peut-être dans le granulome inguinal et la tuberculose ulcéreuse), le *D. D. T* dans la gale (à 1 o/o, avec 10 o/o de benzoate de benzyle), le *podophyllin* dans les végétations vénériennes, les *acides undécylénique et propionique* dans les épidermomycoses, les *antihistaminiques* de synthèse (malgré les doutes sur le rôle de l'histamine) et en particulier le benadryl, la pyribenzamine et le thénylène, la *moutarde azotée* dans le mycosis fongoïde (cas de Henstell; résultats de l'auteur, dans 9 cas, inférieurs à ceux des rayons X et moins stables, à réserver aux cas aigus ou radio-résistants), la *vitamine* D_2 dans le lupus (bons résultats) et dans les sarcoïdes (Curtis), la *pénicilline* dans la syphilis (très active surtout dans la syphilis congénitale ou acquise récente, la grossesse, la méningite active ou latente), le *B. A. L.* (à utiliser à titre préventif dès les premières manifestations d'intolérance vis-à-vis de l'arsenic). A. Touraine.

N. Greco. — **Idées et faits ; monographie bibliographique commentée des publications de l'auteur** (Ideas y Hechos. Monografia bibliografica brevemente comentada de mis publicaciones), 1947, 293 pages, Buenos-Aires.

Exposé commenté des nombreux titres et travaux du Professeur de dermato-syphiligraphie de Buenos-Aires jusqu'en 1943, de La Plata jusqu'en 1947. Parmi les 201 intéressantes publications de l'auteur, de 1898 à 1947, sur les sujets les plus divers de notre spécialité, à citer plus particulièrement ses recherches sur la maladie de Kaposi (histopathologie et rôle du *Cryptococcus hæmaticon*, 39 figures) et sur la maladie de Schamberg (histopathologie et rôle du *Cryptococcus hæmatophylus*, 11 figures).

[Cet ouvrage est déposé à la Bibliothèque Feulard, Hôpital Saint-Louis).

A. Touraine.

2a. — *Morphologie de la peau.*

J. J. Lang et O. Allary. — **Méthodes d'investigation clinique de la morphologie tissulaire. La peau et le tissu sous-cutané. Les muscles et les os.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **24**, n° 13, 18 février 1948, pp. 393-401. Bibliographie.

Plan général de ces méthodes et de leurs techniques.

Peau : tension superficielle de la peau, douceur, grain, veines superficielles, circulation capillaire, température, humidité, épaisseur, élasticité, crêtes épidermiques et leurs empreintes, ongles.

Tissu cellulaire sous-cutané : épaisseur, adiposité.

Appareil locomoteur : laxité articulaire, consistance et développement des muscles; reliefs osseux.

Dents : taille, arcades dentaires, occlusion.

Langue, Palais. A. Touraine.

M. Tisserand. — **Appréciation de la coloration des téguments et de leurs annexes.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **24**, n° 13, 18 février 1948, pp. 401-404, 6 figures. Bibliographie.

Description et mode d'emploi des échelles chromatiques personnelles de l'auteur pour apprécier les diverses colorations de la peau, du système pileux, de l'iris et de ses trois zones, du mamelon, des ongles, des lèvres, des dents.

A. Touraine.

2b. — *Histologie de la peau*

J. Ferreira-Marques. — **Une espèce nouvelle de cellules épidermiques** (Uma nova especie de celulas epidermicas). *Medicina contemporanea* (Lisbonne), 1941, pp. 1-9, 3 figures. Brève bibliographie.

Les stalagmocytes, cellules fusiformes, à cytoplasme clair, se forment dans la couche de Malpighi sous l'influence du système nerveux. L'auteur propose de les appeler *Neuroblastes épidermiques*. R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Contribution à l'étude de l'histologie, de la physiologie et de la genèse des éléments de Langerhans de la peau humaine** (Contribuicao para o estudo da histologia, fisiologia a genese dos elementos de Langerhans da pele humana). *Arquivo de Patologia* (Lisbonne), **13**, 1941, n° 2, pp. 177-269, 28 figures. Importante bibliographie.

Les éléments de Langerhans, bien mis en évidence par la méthode de l'or (variante de Conheim et Schaaf) possèdent un corps plastique, un noyau rond et une structure cytoplasmique fibrillaire. Ils sont munis de deux prolongements : l'un de captation vers la couche granuleuse et l'autre de transmission vers la basale. Véritable système intermédiaire entre le monde extérieur et le système nerveux périphérique, aussi l'auteur propose-t-il de l'appeler *système sensitif intra-épidermique*. R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Un procédé d'aurification pour imprégner les éléments de Langerhans et les nerfs intra-épidermiques « in vitro » et « in vivo »** (Um processo de aurificacao para impregnar os elementos de Langerhans e os nervos intra-epidermicos *in vitro* e *in vivo*). *Arquivo de Patologia* (Lisbonne), **13**, 1941, n° 3, pp. 1-16, 3 figures. Bibliographie.

Cette technique est une variante de celle de Schaaf au chlorure double d'or et de potassium. Elle est décrite dans le résumé en français.

R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Système sensitif intra-épidermique** (Sistema sensitivo intra-epidermico). *Med. contemporanea* (Lisbonne), 1942, n° 18, pp. 1-11, 8 figures. Bibliographie personnelle.

R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Système sensitif intra-épidermique** (Sistema sensitivo intra-epidermico). *Actas dermo-sifiliograficas* (Madrid), **35**, 1943, n° 1, pp. 1-16, 13 figures. Bibliographie.

Ce système possèderait la propriété d'être sensible aux radiations thermiques.

R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Neuroblastes épidermiques** (Neuroblastos epidermicos). *Rev. Clinica española*, **11**, 1943, n° 2, pp. 112-114, 4 figures. Bibliographie.

Courte revue des travaux de l'auteur sur les stalagmocytes de John.

R. Mollinedo.

J. Ferreira-Marques. — **Neuroblastes épidermiques** (Neuroblastos epidermicos). *Arch. Portugaises des Sc. Biol.* (Porto), **8**, 1946, n° 1, pp. 48-51, 2 figures. Bibliographie

R. Mollinedo.

2d. — *Physiologie de la peau.*

G. Valette et R. Cavier (Paris). — **L'absorption cutanée.** *Journal de Physiologie*, t. **39**, n° 2, 1947, pp. 137-174. Longue bibliographie.

Longue et importante revue générale, très documentée, sur la perméabilité de la peau vis-à-vis de très nombreuses substances qui peuvent être ainsi absorbées. Les unes le sont directement et en nature (gaz et liquides volatils liposolubles, tels que carbures, dérivés halogénés, alcools, esters, phénols, bases organiques liquides). D'autres ne le sont qu'après avoir subi une transformation chimique dans la peau (soufre, sulfures alcalins, mercure, iodures, sels de métaux lourds). Certains ne franchissent la peau que s'ils sont incorporés à un véhicule convenable (alcaloïdes, hormones liposolubles, sulfamides).

L'eau, les sels minéraux, les corps hydrosolubles ne sont pas absorbés, sauf sous l'action d'un courant continu. Les corps gras et les hydrocarbures solides (ex : vaseline) ne traversent pas l'épiderme.

L'étude de l'absorption cutanée trouve trois modes d'application pratique : l'état physiologique, les notions de toxicologie, les déductions thérapeutiques.

A. Touraine.

J. Malméjac. — **Etude expérimentale sur la circulation cutanée.** *L'Algérie médicale*, année **50**, n° 5, mai 1947, pp. 379-396.

En isolant un lambeau de la face interne de la cuisse du chien, en respectant ses nerfs mais en remplaçant sa circulation par celle (carotido-jugulaire) d'un autre chien, M. étudie ensuite les réactions vaso-constrictrices ou dilatatrices spontanées ou sous l'action de diverses excitations (asphyxie, excitation d'un nerf dépresseur, injections de vaso-constricteurs ou de vaso-dilatateurs, chocs histaminiques et anaphylactiques). Les ordres dispensés par le système nerveux central sont identiques pour tous les territoires vasculaires. Mais les vaisseaux de la peau répondent ou échappent à un contrôle en fonction des conditions locales (modifications biochimiques, variations de température, etc.). A. Touraine.

W. Burkhardt et A. Steigrad (Zurich). — **Influence des boissons chaudes sur la température cutanée** (Die Beeinflussung der Hauttemperatur durch heisse Getränke). *Dermatologica*, t. **94**, n°s 5-6, 1947, pp. 274-280. Bibliographie.

13 fois sur 20, l'ingestion d'un verre de thé très chaud a provoqué, en 3 minutes et pendant 30 à 40 minutes, une élévation de température allant jusqu'à 1°5. Du cognac, du raifort ont eu le même résultat. Il s'agit d'un réflexe de vaso-dilatation périphérique ayant son origine dans la muqueuse et de même action qu'une injection de 0 gr. 01 de priscol. La seule vue de la boisson chaude suffit, en réflexe conditionnel de Pawlow, à provoquer un réflexe de même ordre.

A. Touraine.

F. Zehender et M. Dünner (Zurich). — **Recherches sur les méthodes de mesure de la sécrétion sébacée chez l'homme** (Untersuchungen über die Methoden zur Messung der menschlichen Hauttalg-Sekretion). *Dermatologica*, t. **93**, n° 6, 1946, pp. 355-372, 6 diagrammes. Bibliographie.

Exposé de la technique des auteurs dont la critique montre la grande exactitude. La sécrétion sébacée est soumise à des lois (nombreux chiffres donnés) dont les exceptions fréquentes paraissent dues à des excitations physiologiques. Les causes de celles-ci restent inconnues; les recherches sur la fonction sébacée restent de ce chef imprécises. A. Touraine.

M. Dünner (Zurich). — **Influence des facteurs physiques (pression, température) sur la sécrétion sébacée de l'homme** (Der Einfluss physikalischer Faktoren — Druck, Temperatur — auf die Talgabsonderung der Menschen). *Dermatologica*, t. **93**, n° 5, 1946, pp. 249-271, 6 figures, 8 tableaux. Bibliographie.

Rappel des travaux sur la question. Longue étude portant sur des séries de 3 à 8 sujets dont les conclusions sont :

La pression au-dessous de la normale n'a pas d'influence immédiate ni sur la capacité de production ni sur le taux sébacé. L'élévation de la température extérieure augmente les deux processus; l'abaissement de cette température les diminue.

Le taux sébacé dépend de la viscosité du sébum; celle-ci dépend de la température. A. Touraine.

2e. — *Chimie de la peau.*

E. Watson et R. Pearce (London, Canada). — **La biochimie de la peau. Revue avec considérations particulières sur les mucopolysaccharides** (The biochemistry of the skin. A review ; with particular reference to the mucopolysaccharides). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 10, octobre 1947, pp. 327-333. Bibliographie.

Cette revue porte exclusivement sur les mucopolysaccharides intercellulaires du tissu conjonctif.

Après un rappel des travaux antérieurs sur la question, l'auteur conclut que la substance interfibrillaire du tissu conjonctif est formée de mucoprotéines qui contiennent des mucopolysaccharides du groupe acides hyaluronique et chondroitinsulfurique. La peau paraît posséder un ferment, l'hyaluronidase, spécifique vis-à-vis de l'acide hyaluronique et probablement identique au « spreading factor ».

Au cas de « myxœdème pré-tibial » la peau renferme un excès d'acide hyaluronique, vraisemblablement en rapport avec un déséquilibre de cet acide et de l'hyaluronidase. A. Touraine.

W. Burckhardt (Zurich). — **Nouvelles recherches sur la sensibilité de la peau vis-à-vis des alcalins** (Neuere Untersuchungen über die Alkalienempfindlichkeit der Haut). XXVIIIe Congrès de la Soc. suisse de Dermatol. et de Vénéréologie, 21-22 septembre 1946. *Dermatologica*, t. **94**, n° 2, 1947, pp. 73-96. Bibliographie.

Après une revue de la littérature sur ce sujet, B. expose ses recherches complémentaires sur l'homme et montre le rôle prédisposant de la diminution de la résistance cutanée aux alcalins et de la capacité de neutralisation alcaline dans la pathogénie des eczémas professionnels dus aux alcalins. Cette diminution existait dans 73 o/o sur 233 eczémateux (contre 19 o/o sur 757 sujets normaux) et cela malgré, souvent, un épaississement de la couche cornée.

L'auteur pense à une déficience individuelle des albumines de la couche cornée dans la fonction de neutralisation des alcalins. Celle-ci est modifiée aussi par la sécrétion sudoripare. A. Touraine.

Ottolenghi-Lodigiani (Palermo). — **Etudes sur la cholestérine de la peau humaine, normale et pathologique. — Note I. — Nouvelle méthode de dosage gravimétrique de la cholestérine libre et totale dans les liquides organiques et dans ies tissus.** (Studi sulla colesterina della cute umana normale e patologica. Nota I. Nuovo metodo di disaggio gravimetrico della colesterina libera e totale nei liquidi organici e nei tessuti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 1, janvier-février 1947, pp. 1 à 8. Bibliographie.

L'auteur expose une méthode gravimétrique qu'il a conçue et qui est basée sur l'emploi de la digitonine pour la détermination du cholestérol libre et de ses

esters dans les liquides organiques et dans les tissus. La quantité de matériel nécessaire est de 6 centimètres cubes pour les liquides organiques, tandis que pour les tissus (peau) il suffit de 500 milligrammes. Pour l'extraction du cholestérol, l'auteur utilise un mélange à parties égales d'alcool éthylique absolu, d'éther et d'acétone, ce mélange étant doué d'un pouvoir solvant bien supérieur au liquide de Bloor (alcool 13, éther 1) et va au simple mélange alcool éthylique-acétone dont il est fait usage dans les méthodes employées précédemment. Comme solvant de la digitonine par contre O. s'est servi du liquide de Caminade (acétone 3, eau 17,5, alcool éthylique à 95 : 9,5) lequel permet, soit d'obtenir facilement des solutions relativement stables de glucoside, soit de favoriser la formation du digitonide au contact du glucoside avec le cholestérol. L'emploi de l'autoclave pour les processus de saponification, comme l'auteur le conseille permet une appréciable économie de temps et une garantie d'une saponification pratiquement complète. La méthode qui a été contrôlée par des épreuves « à blanc » et confrontée avec la méthode gravimétrique classique de Muehlbeck et Kauffmann, réunit les avantages de la rapidité, de la précision, de la possibilité de conduire des recherches en série et de ne consommer que des quantités relativement réduites de réactifs.

Belgodère.

Ake Nilzén (Stockholm). — **Etudes sur l'histamine, avec considérations particulières sur les états constatés dans l'urticaire et diverses atteintes de la peau** (Studies in histamine with special references to the conditions obtaining in urticaria and related skin-changes). *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, supplém. 17, Stockholm 1947, monogr. de 68 pages, 8 figures, 17 tableaux, 5 diagrammes. Longue bibliographie.

Important travail. Les études faites jusqu'ici pour montrer que l'histamine est libérée dans la peau lors de diverses irritations sont insuffisantes et parfois contradictoires (revue de la littérature antérieure); presque toutes ont d'ailleurs été pratiquées sur l'animal et non sur l'homme. Dans ses recherches personnelles, l'auteur a suivi la méthode de Barsoum et Gaddums (1935) modifiée par Codes (1937) et apprécié la teneur en histamine de la peau et du sang en neutralisant son action sur l'intestin de cobaye par divers anti-histaminiques de synthèse. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Le taux physiologique, normal, de l'histamine cutanée (chez 33 sujets sains) a varié entre 5 et 24 γgr. (moyenne 10,5), celui de l'histamine du sang (chez 30 sujets sains) entre 0,045 et 0,084 γgr. (moyenne 0,06); ils restent à peu près constants d'un jour à l'autre.

2° Après irritation mécanique de la peau, la teneur de la peau normale en histamine cutanée diminue nettement après 10 à 25 minutes (restant normale immédiatement et 50 minutes après). Dans le dermographisme, même diminution 5 à 10 minutes après l'irritation. Chez les urticariens, même diminution dans le quart des cas.

3° L'histologie montre que les variations du taux de l'histamine ne s'accompagnent pas d'infiltration cellulaire inflammatoire.

4° Dans 5 cas d'urticaire chronique récidivante, l'histaminémie a diminué pendant les poussées et monté au moment de l'amélioration clinique.

L'abaissement de l'histamine cutanée, après irritation cutanée ou conflit antigène-anticorps, est due à la libération de l'histamine; celui de l'histamine sanguine, dans les poussées d'urticaire spontanée, est dû, entre autres causes, à la libération de l'histamine non seulement dans la peau mais aussi dans les hématies, à son passage dans le plasma et à son élimination. A. Touraine.

F. Wortmann (Bâle). — **Recherches sur la teneur en diastase de la peau et sur l'influence de divers produits pharmacologiques en application locale** (Untersuchungen über den Diastasegehalt der Haut und seine Beeinflussbarkeit durch lokale Applikation verschiedener Pharmaka). *Dermatologica*, t. **94**, n° 4, 1947, pp. 237-257, 9 diagrammes. Bibliographie.

L'auteur étudie le métabolisme enzymatique de la peau, à l'aide de la méthode de Schuppli (exposé de la technique), après introduction locale de divers produits par électrophorèse. La thyroxine, après un début négatif, augmente fortement le taux local de la diastase; ce corps peut donc agir périphériquement. La vitamine C confirme son antagonisme général avec la thyroxine car elle provoque une forte et rapide diminution de la diastase cutanée. Celle-ci augmente légèrement avec la vitamine E et ne subit pas de changement avec le thiouracil. A. Touraine.

O. Bergeim et T. Cornbleet. — **Acidité du cuir chevelu** (Acidity of the scalp). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **56**, n° 4, octobre 1947, pp. 448-451.

L'acidité du cuir chevelu varie, en général, entre pH 4,5 et pH 5,5. Elle est due à l'acide lactique sécrété par les glandes sudoripares et, à un degré moindre, aux acides gras volatils formés à partir de l'acide lactique par les microorganismes du cuir chevelu. Cette acidité a une action prophylactique contre les infections locales. Les nettoyages du cuir chevelu diminuent cette acidité. Il ne semble pas qu'il y ait relation étroite entre l'acidité et la séborrhée du cuir chevelu. Des recherches complémentaires sur ce sujet sont en cours. L. Golé.

W. C. Lobitz et A. E. Osterberg. — **Etude chimique de la sueur palmaire** (Chemistry of palmaire sweat). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **56**, n° 4, octobre 1947, pp. 462-467. Bibliographie.

L'étude de la sueur palmaire se rattache à l'étude générale de la thermo-régulation et de l'élimination de l'eau et des substances chimiques de l'organisme.

Ce mémoire, limité aux chlorures, signale tout d'abord que l'élimination de chlorure de sodium dans la sueur en général est en moyenne de 250 milligrammes par 100 centimètres cubes.

Il est utile de connaître, par ailleurs, le fonctionnement normal d'une glande sudoripare normale et d'analyser les principes chimiques qu'elle contient et la quantité excrétée.

De cette étude longue et minutieuse, il est utile de connaître les conclusions : il existe trois types physiologiques : sécrétion profuse (469 milligrammes pour 100 centimètres cubes), intermittente (1.091 milligrammes), ou mixte (466 milligrammes par 100 centimètres cubes). Ce taux de chlorure de sodium n'est nullement proportionnel au taux du chlorure sanguin ou urinaire pendant la même période d'étude. Ces recherches montrent que les glandes sudoripares palmaires peuvent présenter une concentration de chlorure de sodium bien plus importante qu'elle n'avait été signalée jusqu'ici. L. Golé.

3e. — *Bactériologie générale.*

J. Stokes et H. Beerman (Philadelphie). — **Relations entre les virus pyogènes et la photosensibilité aux virus pyogènes dans les dermatoses** (Virus pyogen and virus pyogen photosensitivity relationship in cutaneous disease). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **213**, n° 4, avril 1947, pp. 494-501. Longue bibliographie.

Dans un intéressant essai de synthèse les auteurs montrent les interactions qui peuvent se créer, par sensibilisation, entre les virus, les pyogènes, les mycoses, les réactogènes, l'alimentation.

Dans certaines maladies à virus, une corrélation paraît être probable entre les pyogènes et les virus que l'on admet comme déterminants. Telles sont la vaccine, la variole, la varicelle-zona, l'herpès, l'impétigo bulleux, l'uvéite aphteuse, la gingivostomatite, l'ectodermose érosive pluriorificielle, le syndrome de Behçet, l'érythème polymorphe, la dermatite herpétiforme, le pemphigus, la catarrhe vulvo-vaginal.

Dans d'autres maladies à virus, il ne se fait pas de corrélation avec les pyogènes. Permi elles, citons la rougeole, la rubéole, le lymphogranulome vénérien, la verrue, vulgaire, le molluscum contagiosum, l'urétrite de Waelsch.

De nombreuses références sont citées à propos de chacune de ces corrélations.

A. Touraine.

3f. — *Pathologie générale.*

J. Downing (Boston). — **Médecine cutanée** (Cutaneous Medicine). *The New-England Journal of Medicine*, t. **237**, n° 24, 11 décembre 1947, pp. 906-917, 155 références bibliographiques.

Longue revue générale destinée à montrer que beaucoup d'affections cutanées ne sont que la manifestation périphérique d'une cause plus générale. Parmi les principales de ces causes, l'auteur envisage successivement l'hérédité, les dysendocrinies, l'allergie, les affections rhumatismales, les troubles du métabolisme, les affections sanguines [revues très incomplètes, *An*]. Chacun de ces chapitres s'appuie sur de nombreuses citations de travaux presque tous américains et quelques-uns allemands. [On est surpris de l'absence à peu près complète de citations d'origine anglaise et de l'absence complète de citations françaises. Ces deux écoles ont cependant une large part dans la construction de la « médecine cutanée ». Cette carence diminue beaucoup la valeur de cette revue qui paraît faire croire qu'il n'y a de travail qu'en Amérique et qui, cependant, néglige beaucoup d'autres facteurs internes ou généraux de dermatoses, *An*.].

A. Touraine.

V. Cordonnier. — **Plaidoyer pour la dermatologie expérimentale.** *Journal des Sciences Médicales*, n° 7, 1947.

Généralités sur la méthode expérimentale en Dermatologie.

Cordonnier.

V. Brabetz (Francfort). — **Peau et facteurs internes** (Haut und innere Faktoren). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechts-Krankheiten*, t. **3**, n° 9, 1er novembre 1947, pp. 408-416. Bibliographie.

L'auteur insiste longuement sur les troubles endocrino-sympathiques déterminés par les produits nocifs (allergènes), à l'origine de la plupart des affections non infectieuses de la peau, et sur les thérapeutiques de neutralisation de ces troubles.

A. Touraine.

M. Sulzberger, W. Spain, R. Baer, A. et N. Kanof et A. Weil. — **L'immunologie en clientèle (y compris l'allergie)** (Office immunology including allergy), un volume de 420 pages, The Year Book Publishers éditeur, Chicago, 1947, 17 figures, 26 tableaux. Pas de bibliographie.

Trois des six auteurs de cet excellent ouvrage sont dermatologistes, c'est dire la part importante réservée aux affections cutanées et aux procédés d'investigation des fonctions et des réactions de la peau. Sa clarté d'exposition, sa commodité de présentation font recommander la lecture de ce guide précieux aux dermatologistes français, jusqu'ici démunis d'un ouvrage de ce genre.

Les diverses méthodes de tests cutanés sont décrites en 47 pages, l'ophtalmo-réaction en 3 pages; 27 pages sont réservées à la protection contre les allergènes et à l'immunisation active ou passive, 154 pages à l'immunisation dans diverses infections de la peau et à l'allergie cutanée (lire particulièrement les paragraphes consacrés aux dermatoses atopiques, à l'eczéma de contact type allergique, à l'urticaire), 7 pages à l'immunisation vis-à-vis des piqûres venimeuses.

A. Touraine.

A. Tzanck. — **L'intolérance en dermatologie** *Actualités médico-chirurgicales pratiques*, 1947-I, Lépine édit., pp. 525-540.

A l'aide de divers exemples, l'auteur montre les caractères distinctifs de l'intolérance et de l'intoxication en dermatologie comme en tout autre chapitre de la pathologie. Il est quelquefois difficile de trouver la cause exacte de l'intolérance (plusieurs exemples donnés), mais les divers tests peuvent y aider ainsi qu'une enquête étiologique bien menée. Un traitement efficace dépend des données précédentes. Intéressante conférence qui résume les idées de l'auteur.

A. Touraine.

3g. — *Méthodes de diagnostic clinique.*

Sirani et Buscalogni (Bologne). — **La collodio-empreinte microscopique de la peau. Essais d'épidermographie régionale** (La collodio-impronta microscopica della cute. Saggi di epidermografia regionale). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **19**, fasc. 5-6, 1947, pp. 414 à 420, 27 fig.



Nouvelle et curieuse méthode d'étude de la peau qui a du reste été déjà employée par Buscaloni en botanique pour l'étude des caractères des plantes, des feuilles, etc.

Avec un pinceau on fait sur une région de la peau une application d'une couche de collodion, qui se déssèche. Au moyen d'une pince on détache la pellicule ainsi formée. On la porte sur une lame, on la recouvre d'une lamelle, et on lute. La préparation peut alors être étudiée au microscope, à divers grossissements. On peut par ce moyen mettre en évidence de multiples détails de la structure de l'épiderme. Ces recherches, en particulier, ont mis en évidence les variations notables de la structure de l'épiderme suivant les différentes régions de la peau humaine. Ce travail est accompagné de nombreuses microphotographies, très intéressantes et suggestives.

Belgodère.

W. Bruns (Hambourg). — **Erreurs de diagnostic illustrées.** (Diagnostische Irrtümer in Bildern). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechts-Krankheiten*, t. **3**, n° 9, 1er novembre 1947, p. 408.

Douze figures (en général médiocres) pour illustrer diverses erreurs de diagnostic (le plus souvent, il s'agit de syphilis méconnues). [On peut penser que la liste n'est pas close avec ces 12 exemples, *An*]. A. Touraine.

3h. — *Méthodes de diagnostic biologique.*

Ben Kanee (Vancouver). — **Les tests cutanés en dermatologie** (Skin tests in dermatology). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **56**, n° 5, mai 1947, pp. 529-532.

Revue générale des différentes méthodes de tests cutanés dans l'allergie de contact (tous les sujets étant exposés à cette forme de sensibilisation après contact

adéquat, sans prédisposition familiale), dans l' « atopie » (hypersensibilité spécifique dépendant d'une prédisposition héréditaire à réagir aux allergènes ou excitants renfermés dans la fraction des protéines soluble dans l'eau et transmissible selon le phénomène de Prausnitz-Kütner), dans l'allergie infectieuse (troubles de la réactivité des tissus vis-à-vis des microbes vivants ou de leurs toxines), dans l'allergie médicamenteuse (hypersensibilité spécifique vis-à-vis des médicaments, non familiale).

Les cuti-réactions peuvent aider à trouver les allergènes responsables, à établir le diagnostic, à choisir les médications inoffensives, à sélectionner les ouvriers de certaines industries. Mais elles ne constituent qu'un temps du diagnostic; une part importante reste à l'histoire de la maladie, à son tableau clinique et à son évolution. A. TOURAINE.

A. STRICKLER et A. ALIENSIS (Philadelphie). — **La vitesse de sédimentation dans les dermatoses généralisées de l'adulte** (The sedimentation rate test in the generalized dermatoses of adults). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 7, juillet 1947, pp. 401-402. Pas de bibliographie.

5 dermatites exfoliatives dont 3 avec néphrite, 1 avec cholécystite : V. S. de 13 à 25 millimètres (2 à 8 normalement).

14 dermatites diverses, étendues et récidivantes : V. S. 10 à 34 dans 10 cas, à peu près normale dans 4.

7 dermatites séborrhéiques : V. S. 17 à 23 dans 5 cas, normale dans 2.

A. TOURAINE.

WOEBER (Bonn). — **Sur les différences de potentiel bio-électrique dans les lésions cutanées** (Ueber bioelektrische Potentialdiffenrenzen an Hautläsionen). *Zeitschrift für Haut-und Geschlechts-Krankheiten*, t. **3**, n° 8, 15 octobre 1947, p. 359.

Courte communication. Brefs détails de technique. D'après 4.000 mesures sur 100 cas, les affections aiguës montrent plus de différences que les chroniques. Cette méthode pourrait avoir des applications pratiques pour évaluer la valeur thérapeutique des médications internes ou externes. A. TOURAINE.

31. — *Thérapeutique générale.*

DIVERS. — **Thérapeutique.** *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, 1947, 1er volume, 198 fascicules.

Ce nouveau Traité de Thérapeutique intéresse le dermato-vénéréologiste par beaucoup de ses chapitres. Signalons entre autres :

les importantes et excellentes études de R. Turpin et P. Chassagne sur la chimiothérapie, la sérothérapie, la vaccinothérapie, la prophylaxie, la thérapeutique de choc des maladies infectieuses et parasitaires, la thérapeutique des infections à gonocoques (écrite avant le développement de la pénicillothérapie, donc trop brève à ce point de vue), des infections cutanées à staphylocoque, à streptocoque [incomplète, *An.*] par Maschas;

les paragraphes [assez brefs] consacrés à l'herpès et au zona, par G. Boudin;

les bons et clairs chapitres écrits par E. Lortat-Jacob sur la gale, les phtiriases, les pyodermites, la remarquable et très importante étude de Degos, seul ou avec Garnier, sur le traitement de la syphilis sous ses différentes formes ou localisations par les diverses médications usuelles. [La commode formule de ce Traité, en fascicules interchangeables, permettra aux auteurs de suivre de près les progrès incessants de la pénicillothérapie et l'aspect social de la syphilithérapie (législation, enquêtes épidémiologiques, prophylaxie, etc.) *An.*]. A. TOURAINE.

M. Sulzberger et J. Wolf (New-York). — **Thérapeutique dermatologique dans la pratique générale** (Dermatologic therapy in general practice), 3e édition, The Year Book Publishers édit., Chicago, 1948, 663 pages, 67 figures, indications de bibliographie générale au début de chaque chapitre.

Trois éditions, en 8 ans, de ce manuel témoignent de son succès mérité aux États-Unis. Après un rappel des éléments et des méthodes de diagnostic, les auteurs développent longuement les principes généraux de la thérapeutique dermatologique et, en particulier, la technique des pansements. Ils étudient ensuite les divers traitements généraux et locaux des dermatoses usuelles, distinguant nettement l'eczéma, ou dermatite de contact, des dermatites atopiques (études importantes, ainsi que pour les urticaires, les mycoses, l'acné, les pyodermites, les tumeurs de la peau). Le livre se termine par un important chapitre sur le traitement de la syphilis à ses différentes phases.

Illustré de nombreuses planches de photographies (dont certaines sont de format trop petit pour être éducatives), de plan bien ordonné, de lecture facile, riche en renseignements pratiques, entretenu au courant des méthodes les plus récentes, cet ouvrage rendra les plus grands services aussi bien au spécialiste qu'au praticien.

A. Touraine.

A. C. Cipollaro (New-York). — **L'importance de la thérapeutique dans les cliniques de santé pour les maladies dermatologiques** (The place of health resort therapy in dermatologic disorders). *The Journal of the American Medical Association*, t. **134**, n° 3, 17 mai 1947, pp. 249-253.

L'auteur a cherché à préciser l'intérêt que peuvent retirer les malades présentant des affections dermatologiques, des soins qu'ils peuvent recevoir dans les cliniques de santé des villes d'eau. Il a pour cela compulsé la littérature et a fait une enquête auprès de nombreux dermatologistes américains.

Les affections cutanées banales peuvent se traiter au domicile du malade; cependant certaines affections chroniques, récidivantes, résistantes ou généralisées peuvent nécessiter des soins spéciaux. Il est donc nécessaire qu'une clinique de santé possède un dermatologiste très capable ayant à sa disposition un arsenal thérapeutique complet, y compris un appareil de radiothérapie, une lampe à ultra-violets, un appareil d'électro-coagulation, un laboratoire pour les recherches (biopsies, bactériologie et mycologie); un équipement de petite chirurgie et des études d'allergie par les tests est également nécessaire.

Le malade doit profiter de son séjour dans la clinique de santé pour améliorer d'abord son état général par le repos, un régime scientifique et l'hydrothérapie.

L'auteur donne ensuite la liste des affections cutanées susceptibles de nécessiter un séjour en clinique de santé. Ce sont :

L'acné conglobata, qui nécessite le repos, les ultra-violets, une diète complète, un traitement interne, des bains et des massages, des traitements locaux par topiques et même petite chirurgie et au besoin des rayons X.

La dermatite exfoliative nécessite le repos au lit, des bains, l'application de médicaments émollients et des rayons X.

La dermatite médicamenteuse (phénolphtaléine, barbituriques et bromures), par la suppression du médicament nocif, le repos, la diète, les bains et les massages, guérit plus rapidement en clinique de santé.

L'eczéma, la furonculose, le zona, le lichen plan, les prurits, le psoriasis, les tuberculoses de la peau, les ulcères, l'urticaire, les maladies vasculaires (telles la maladie de Raynaud, la sclérodactylie et la sclérodermie) sont également susceptibles d'être traités dans les établissements de santé.

Pour terminer, Cipollaro signale qu'un hôtel dans un endroit climatique, même

équipé avec un solarium et des appareils d'hydrothérapie, n'est pas une clinique de santé qui doit être un établissement spécialement conçu et équipé pour des thérapeutiques spéciales. M. BALTER.

3n. — *Hygiène de la peau.*

C. G. LANE et I. H. BLANK. — **Action du savon sur la peau** (Action of soap on the skin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **56**, n° 4, octobre 1947, pp. 419-424, 2 fig.

Les auteurs ont étudié, par la méthode des tests, les réactions cutanées déterminées par différents acides gras entrant dans la composition de nombreux savons. Une préparation à base d'acides stéarique, palmitique et sulfato-octadecanoïque et contenant peu ou pas d'acide laurique ou oléique paraît être non irritant (cliniquement et par tests cutanés). L. GOLÉ.

3o. — *Traitements physiques.*

J. MEYER (Paris). — **La physiothérapie dermatologique en 1946.** *Maroc médical*, année **26**, n° 266, avril 1947, pp. 133-139. Bibliographie récente.

Revue générale des dermatoses justiciables d'une ou de plusieurs méthodes de physiothérapie : *acné* (neige carbonique, rayons X) ; *angiomes* plans (rayons de Bucky), tubéreux (tous les procédés sont bons), profonds (exérèse au bistouri ou à l'électro-coagulation) ; *cancer* (tantôt radium ou radiothérapie, tantôt exérèse) ; *lupus érythémateux* (pommade anti-actinique au salicylate de méthyle, or ou bismuth, exfoliation à la neige, à l'étincelage, au galvano, aux rayons de Bucky) ; *psoriasis* (exfoliation, radiothérapie généralisée, ultra-violets en bains généraux, héliothérapie) ; *staphylococcies* (pénicilline, diazines, bains de rayons ultra-violets) ; *tuberculoses cutanées* (rayons solaires ou ultra-violets) ; *verrues* (destruction au galvano, rayons en contact-thérapie) ; *dermatoses suintantes* (méthode ultra-violets-argent d'Huldschinski). A. TOURAINE.

F. INGRAHAM, D. MATSON et R. WOODS (Boston). — **Inhibition des réactions douloureuses de la peau par application locale de froid** (Inhibition of cutaneous pain responses by the local application of cold). *The New-England Journal of Medicine*, t. **237**, n° 21, 20 novembre 1947, pp. 773-776, 2 figures. Courte bibliographie.

Avec un appareil à glace assez simple (description) on obtient facilement en une minute un abaissement local de la température cutanée à 11°-13°, pendant 30 à 60 secondes. Il en résulte une anesthésie qui permet, durant ce temps, de pratiquer sans douleur une injection hypodermique. A. TOURAINE.

3p. — *Radiothérapie.*

E. GRUBBE (Chicago). — **Origine et naissance de la radiothérapie** (The origin and birth of X-Ray Therapy). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, n° 7, juillet 1947, pp. 375-379.

Rappel, par cet auteur, de ses premiers essais de radiothérapie, le 30 janvier 1896, sur un cancer du sein et sur un lupus vulgaire. A. TOURAINE.

A. Galluccio (New-York). — **Le rôle de la radiothérapie dans les affections de la peau et des tissus mous** (The Role of X-Ray therapy in diseases of the skin and soft tissues). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **51**, nº 7, juillet 1947, pp. 387-390.

Indications techniques pour le traitement de l'acné vulgaire (73 à 100 r par semaine sans filtre), des adénites, bursites, furoncles (100 r un à trois jours) callosités (300 à 500 r à renouveler après une semaine), verrues plantaires (300 r en 2 séances), zona (4 à 5 fois 100 r locaux contre la douleur), prurit ano-vulvaire (100 r une fois par semaine), chéloïdes (de 2.000 à 3.500 r selon les cas, de préférence peu après exérèse). A. Touraine.

Cannata (Gênes). — **La Rœntgenthérapie de contact en Dermatologie** (La plesio-rœntgentherapie in Dermatologia). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 3, mai-juin 1947, pp. 283 à 336. Bibliographie.

La plésio-rœntgenthérapie est la nouvelle méthode dite de contact ou à feu court qui a été imaginée par Chaoul en 1931 et par Adam, en Allemagne, en 1932. C. après quelques généralités d'ordre historique, technique et thérapeutique sur cette nouvelle méthode fait l'exposé des résultats personnels qu'il a obtenus par cette méthode sur un groupe de 24 affections cutanées distribuées sur 95 sujets.

De l'examen méticuleux de ces résultats, il aboutit à cette opinion que la plésio est vraiment utile et recommandable dans un nombre limité de dermatoses et en particulier dans les processus productifs épithéliaux bénins, infectieux ou non, dans l'angiome caverneux, dans le lupus érythémateux, dans la tuberculose nodulaire ou verruqueuse; dans ces diverses affections on obtient en effet des résultats plus complets et plus rapides que par les autres méthodes de radiothérapie. Mais, par contre, dans toutes les autres affections cutanées les méthodes communes sont à préférer car elles sont plus efficaces et d'un emploi plus pratique.

Au point de vue technique, C. est d'avis qu'il convient d'augmenter le dosage et de rapprocher les séances et les séries. De cette manière on peut, sans nuire à la peau, obtenir des résultats meilleurs et plus rapides.

Il a étudié soigneusement le comportement des réactions biologiques et il a pu faire ainsi des constatations intéressantes sur l'effet d'épilation et sur la tolérance aux plésio-radiations. Il a pu établir ainsi qu'il est possible d'obtenir une épilation temporaire avec 1.000 ou 1.500 r et une dépilation permanente sur la peau normale par administration de 3.000-4.000. Ainsi on peut envisager un utile emploi de la plésio pour le traitement de l'hypertrichose; tandis que, pour obtenir une épilation temporaire, la radio commune semble préférable, son action étant plus rapide et son emploi plus pratique.

Les réactions qui ont été constatées ont paru à l'auteur négligeables en comparaison du dosage élevé qui est employé et il considère que la plésio est une méthode sans danger et même mieux tolérée que la méthode commune.

Belgodère.

P. Cottenot. — **La radiothérapie de contact en dermatologie.** *Actualités médico-chirurgicales pratiques*, 1947-I, Lépine édit., pp. 553-561.

L'auteur rappelle les principes et les techniques de la méthode de Chaoul, ses indications (épithéliomas, surtout des paupières, des lèvres, des joues; nodules cancéreux métastatiques; maladie de Bowen; angiome tubéreux; chéloïdes; verrues plantaires). Cette méthode a la même valeur que la curie-puncture pour les lésions peu étendues, mais moins pour les très grosses lésions. Son principal intérêt réside dans sa commodité et sa rapidité d'application. A. Touraine.

P. Pizon. — **Rœntgenthérapie anti-inflammatoire.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, n° 41, 7 novembre 1947, pp. 2523-2525. Bibliographie.

Détails de technique (champ large, irradiation homogène de toute la lésion, dose initiale de 100 r en moyenne). Rappel des travaux et des résultats favorables de Heidenhain (1924), Baensch (1933), Daniel.

Indications dermatologiques : furoncles, sycosis, idrosadénites.

A. Touraine.

M. Joly. — **La radiothérapie anti-inflammatoire.** *La Semaine des hôpitaux*, année **23**, n° 14, 14 avril 1947, pp. 911-913. Pas de bibliographie.

Intéressant article montrant la variété et l'importance des services que peuvent rendre les rayons X dans le traitement des inflammations superficielles et profondes, en plus des furoncles. Exposé de la technique de l'auteur.

A. Touraine.

Ernest Huant. — **Action de l'amide nicotinique sur la tolérance locale des téguments et des tissus profonds aux rayons X. Conséquence sur l'augmentation des doses.** *Gazette des Hôpitaux*, année **120**, n°s 21-22, samedis 24-31 mai 1947, pp. 313-314.

On sait l'influence exercée par l'amide nicotinique ou vitamine PP sur l'évolution des troubles généraux secondaires aux traitements intensifs par les rayons X ou le radium (radiothérapie profonde), et même aux traitements plus légers (radiothérapie fonctionnelle ou anti-inflammatoire) parfois dès les premières applications de ces derniers. Ces troubles, que l'on désigne sous le nom de « mal des rayons » et qui consistent le plus souvent en céphalée, inappétence, insomnie, vomissements, troubles hépato-digestifs divers, sont rapidement améliorés par la vitamine PP qui amène en même temps la disparition de la porphyrinurie généralement associée aux signes fonctionnels. Se basant sur certaines propriétés pharmacologiques de l'amide nicotinique, l'auteur a utilisé la vitamine PP, non plus comme facteur de tolérance générale, mais comme facteur susceptible d'augmenter la tolérance locale des téguments et des tissus profonds dans les segments organiques irradiés. Il a administré dans ce but l'amide nicotinique à doses fortes (40 à 60 centigrammes en comprimés de 0 gr. 05 par voie buccale, ou 20 à 50 centigrammes en inections intramusculaires) renouvelées chaque jour pendant le traitement radiothérapique chez des sujets atteints de tumeurs cancéreuses diverses (sein, larynx, parotide, langue, utérus, rectum, squelette, etc.) et traités par la radiothérapie moyennement pénétrante ou très pénétrante (150, 200, 250 KV.) avec filtrations constantes : 1/2 Cu + 5 Al., 1 Cu + 3 Al., distances focales 42 à 52 centimètres. La dose quotidienne de 1 gramme (30 à 50 centigrammes d'amide nicotinique en injection intramusculaire, le complément par voie buccale) a été utilisée dans les cas de champs d'irradiation très larges (sein) ou très rapprochés (larynx). Inversement de bons résultats ont été obtenus avec des doses plus faibles. Dans tous les cas la dose cutanée classique de tolérance aux rayons, c'est-à-dire la dose maxima pouvant être supportée par la peau sans lésions graves irréversibles, a été augmentée de facon appréciable, et le taux normal de 2.000 à 2.300 r pour 200 KV., ou 2.800 à 3.200 r pour 250-280 KV. a pu être augmentée de 50 à 75 o/o dans 70 o/o des cas, de 100 o/o et plus dans 20 o/o des cas.

L'action de l'amide nicotinique ne s'exerce pas seulement à l'égard des téguments, mais encore à l'égard des tissus sous-jacents, particulièrement des épithéliums et des éléments nerveux, dont elle favorise et accroît la protection. L'importance de cette action protectrice en profondeur prend une valeur particulière dans les irradiations intensives des tumeurs cervicales, laryngées et médiastinales, qui

intéressent des territoires richement innervés et vascularisés, contigus à des épithéliums hautement fonctionnels.

Il résulte de ces faits que l'amide nicotinique permet de réaliser, sans risques pour les téguments et les tissus profonds, une augmentation de doses radioactives supérieure à celles que l'on avait pu atteindre jusqu'à ce jour et de nature à accroître considérablement l'efficacité des traitements radiothérapiques en général.

L'auteur a utilisé également l'amide nicotinique dans le traitement des radiodermites. Il cite le cas d'une femme de 50 ans, atteinte d'une radiodermite grave de la région parotidienne, secondaire à l'application de 4.000 r sur une tumeur mixte de la parotide, et dont les lésions cutanées cédèrent en 18 jours à un traitement local et général par la vitamine PP : pansements locaux avec une solution à 5 o/o renouvelés chaque jour, injections intramusculaires de 30 centigrammes complétées par 20 centigrammes en comprimés tous les deux jours, cure buccale de 60 centigrammes en comprimés les jours intermédiaires. Dès la première semaine les douleurs, jusque-là intenses, avaient disparu. Après un an et demi d'observation, la guérison apparente s'était entièrement maintenue. D'autres succès identiques ont été obtenus par lui grâce à cette méthode.

Lucien Périn.

P. Jacob. — **Le traitement des cors, verrues et durillons plantaires par la radiothérapie de contact.** *Revue médicale de Nancy*, t. **72**, 1er-15 juillet 1947, pp. 222-227.

Contre les *durillons* la radiothérapie n'est que très accessoire; elle calme la douleur et la sudation locale.

Le *cor*, relativement radio-résistant, doit être décapé par un kératolytique; les résultats sont bons.

La *verrue plantaire* doit, elle aussi, être décapée; elle est alors aussi sensible que la verrue vulgaire.

Incidents : coup de fouet aux infections locales (donc nécessité de désinfection préalable), retard ou absence de cicatrisation des bords cornés (à détruire par diathermo-coagulation), radiodermite sans tendance à l'extension.

Conclusion : « La radiothérapie de contact est le traitement le plus commode des affections hyperkératosiques localisées des pieds ». A. Touraine.

3q. — *Chimiothérapie*.

Cl. Huriez (Lille). — **Quelques actualités chimiothérapiques.** *L'Écho médical du Nord*, février 1948, 12 figures.

Revue générale destinée aux praticiens et portant sur :

Les *sulfamides nouveaux* : ganidan, thiacyl dans les infections intestinales;

Les *sulfadiazines* contre les streptococcies et les pneumococcies (quelques échecs dans l'érysipèle);

La *pénicilline* contre les gonococcies et la syphilis (son insuffisance, dans la syphilis, si elle est employée seule; intérêt des médications associées);

Les *arsénoxydes*, déconseillés;

Le *B. A. L.*, utilisé avec succès dans l'ictère de l'arsénothérapie, le lichen plan aurique;

La *vitamine* D_2 (2 ampoules par semaine les 4 premières semaines, 1 ampoule par semaine les 2 mois suivants, 1 ampoule par semaine puis par quinzaine pendant

6 à 12 mois) avec beaux succès dans le lupus, les tuberculoses ganglionnaires, osseuses, articulaires, séreuses, le lichen, le psoriasis, la pelade (Tartar).

A. Touraine.

Sulfamides

P. Fernet. — **La sulfamidothérapie en dermato-vénéréologie.** *Actualités médico-chirurgicales pratiques*, 1947-I, Lépine édit., pp. 563-573.

Les principales indications sont :

En dermatologie : eczémas infectés, dermo-épidermites (surtout rubiazol), érythrodermies streptococciques et strepto-staphylococciques, érysipèle de la face, hypodermites, plaies infectées, furoncles, anthrax (sulfamides et iode), septicémies à staphylocoques, maladie de Dühring-Brocq, érythèmes polymorphes saisonniers. Réserves sur les traitements locaux par les sulfamides souvent mal tolérés.

En vénéréologie : blennorragies (dagénan et soludagénan, thiazomide), chancre mou, lymphogranulomatose inguinale. A. Touraine.

Arthur A. Bradley. — **Boissons acides et sulfamidothérapie** (Acid drinks and sulphonamide therapy). *British Medical Journal*, n° 4510, 14 juin 1947, p. 864.

Dans les urines à *p*H 8 la solubilité des sulfamides est de 22,11 et 8,5 fois plus grande que quand le *p*H est de 5 à 6, il est donc logique et nécessaire d'alcaliniser le malade et la façon la plus rationnelle est de donner des bicarbonates, carbonates, phosphates et citrates de soude. M. Mansour.

Petronella Potter. — **Boissons acides et sulfamidothérapie** (Acid drinks and sulphonamide therapy). *British Medical Journal*, 10 mai 1947, p. 654.

L'auteur après un exposé de la solubilité urinaire des sulfamides en milieu acide et alcalin, conclut qu'il y a erreur de donner des boissons acides telles que limonades, orangeades, etc., sans les avoir neutralisées au préalable.

M. Mansour.

Marghini (Pérouse). — **Recherches sur l'action photoprotectrice pour la peau des composés sulfamides** (Ricerche sul' azione fotoprotettiva per la cute dei composti sulfonamidici). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **87**, fasc. I, avril 1946, pp. 44 à 51, 2 figures. Bibliographie.

Parmi les propriétés biologiques des produites sulfamidés, certains auteurs ont mis en relief des capacités photodynamiques qui auraient pour effet de provoquer des réactions cutanées sous l'influence d'excitations lumineuses. Cette propriété n'a pas reçu de démonstration bien catégorique et il semble qu'il s'agisse surtout de photo-allergie plutôt que de photodynamisme.

Par contre, en 1942, Zenner a émis l'opinion que les produits sulfamidés appliqués sur la peau étaient capables de la protéger contre l'action de la lumière.

L'auteur a entrepris des recherches pour contrôler ce fait et en chercher l'explication et au besoin les applications pratiques :

1° Des badigeonnages ont été pratiqués sur la peau du dos avec sept préparations utilisées dans le commerce.

2° Les mêmes produits appliqués sur de la cellophane, l'autre face étant en contact avec la peau.

3° Les mêmes produits ont été expérimentés en applications de solutions hydroglycériques.

4° Des comparaisons ont été faites avec des substances qui ont la réputation d'exercer une action photoprotectrice pour la peau.

5° On a déterminé le *p*H des préparations qui se sont montrées les plus actives.

6° Enfin l'examen spectroscopique de ces préparations a été effectué.

Les résultats obtenus permettent les conclusions suivantes :

a) Certains composés sulfamidiques et en particulier les pyridiniques et les thiazoliques ont la propriété de protéger la peau des attaques phlogogènes de la lumière et cela indépendamment de toute action biologique de contact.

b) Cette propriété se manifeste de manière évidente et constante à partir d'une concentration de 10 o/o.

c) Le mécanisme d'action doit être attribué selon toute vraisemblance à un rôle d'écran par absorption (et peut-être par réflexion) des rayons ultra-violets par les composés à grosse molécule.

d) Cette propriété photoprotectrice est supérieure à celle de certains produits précédemment employés en clinique et elle peut fort bien recevoir des applications pratiques, en faisant usage de préparations hydroglycériques d'emploi facile et non salissantes.

Belgodère.

A. Baccareda (Gênes). — **Expériences in vitro sur l'action bactériostatique des sulfamides et sur celle antagoniste de l'acide p. amino-benzoïque et d'un principe contenu dans les urines** (Esperience *in vitro* sull' azione batteriostatica della solfonamide e su quella antagonista dell' acido *p* amino-benzinico e di un principio contenuto nelle urine). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. III, juin 1943, pp. 288 à 309, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur passe en revue les précédentes observations cliniques et les recherches expérimentales qui ont abouti à l'interprétation la plus généralement admise actuellement sur le mécanisme de l'action bactériostatique exercée par les sulfamides, interprétation qui met en valeur l'antagonisme entre les substances indispensables au métabolisme bactérien et des substances voisines qui ne sont pas utilisables à de telles fins par les germes, et qui peuvent en outre se substituer les unes aux autres. Il rappelle également les principaux facteurs relatifs au germe, au milieu de culture, au composé sulfamidé, qui interviennent dans le déterminisme de l'action antibactériostatique. Il fait mention entre autres, des travaux français récents de Nitti et Palazzoli qui attribuent la cause de la résistance au traitement sulfamidé chez certains sujets à la présence dans leur urine de substances antisulfamidiques.

Baccadera expose ensuite ses recherches personnelles : il a établi des tests de bactériostase sulfamidique sur des terrains liquides et solides, sur lesquels, avec une technique en partie originale, fut éprouvée l'action antibactériostatique de l'acide *p*-amino-benzoïque et celle de l'urine provenant soit de sujets atteints d'urétrite gonococcique qui se sont montrés sulfamido-résistants, soit de sujets normaux.

Sur les terrains liquides, avec des concentrations opportunes de germes et de sulfamides, il n'a pu obtenir qu'une faible inhibition dans le développement des cultures sur bouillon de *B. coli*.

Dans les mêmes conditions, l'action antibactériostatique de l'acide *p*-amino-benzolique s'est montrée très légère. L'action de l'urine s'est montrée beaucoup plus évidente, aussi bien celle des sujets sulfamido-résistants que celle des sujets ayant un comportement normal.

Sur des plaques d'agar, la *p*-amino-phényl-sulfamide, la sulfanilamido-pyridine et le sulfométhylthiazol exercent une inhibition graduellement plus accentuée du premier au dernier de ces composés, dans le développement et la grosseur des colonies de *B. coli*.

Sur les milieux solides à l'agar-sang, par la technique d'apposition de languettes imbibées de suspension bactérienne et de sulfanilamide, l'action bactériostatique de cette substance se manifeste nettement.

Sur les mêmes terrains l'action antibactériostatique de l'acide *p*-amino-benzoïque s'est montrée seulement partielle sur le staphylocoque hémolytique.

Quant à l'urine, son action antibactériostatique est nette, sans aucune différence, qu'elle provienne de sujets sulfamido-résistants ou non. Contrairement à Nitti et Palazzoli, Baccareda n'a pu mettre en évidence la présence de substances spéciales antisulfamidiques dans l'urine des sujets sulfamido-résistants.

Belgodère.

Vivarelli et Olivetti (Milan). — **Recherches sur l'absorption, l'élimination et la tolérance du Sulfone** (Ricerche sull' assorbimento, la eliminazione e la tolleranza del (solfone p.-p. diamino-difenil-solfone, n : n dideztrosio-solfonato-sodico). Primi esperimenti nel campo dermato-venereologico). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. III, juin 1943, pp. 372 à 386. Bibliographie.

En Amérique, une nouvelle préparation sulfamidée a été mise en circulation, le *p-p*-diamino-diphényl-sulfone N. N., didestrosio-sulfonate de soude spécialisé sous le nom de Promin. Le même produit a été spécialisé en Allemagne sous le nom de Tibatin et en Italie sous le nom de Sulfone de Angeli. Cette nouvelle préparation semble s'être montrée particulièrement efficace contre les infections à streptocoques, mais aussi contre les lésions tuberculeuses et contre la lèpre.

Les auteurs ont entrepris une série de recherches pour contrôler la tolérance, l'élimination et l'efficacité de ce nouveau médicament.

Sans pouvoir donner encore un jugement définitif, ils ont constaté une évidente réduction des phénomènes inflammatoires secondaires, marquée surtout dans un cas de tuberculose ulcéreuse péri-anale; dans quelques cas de lupus vulgaire ils ont observé une légère diminution de l'œdème surtout dans les cas où il existait vraisemblablement une infection secondaire due à des pyogènes. Dans un cas de lèpre nodulaire, il s'est produit une notable réduction des nodules.

L'absorption et l'élimination du médicament se comportent presque parallèlement avec de fortes concentrations initiales qui diminuent ensuite très rapidement.

La tolérance, d'une manière générale, est bonne chez les sujets qui ne présentent pas de tare hépato-rénale. Les phénomènes subjectifs et objectifs qui ont été observés étaient légers et passagers et n'avaient pas une importance suffisante pour nécessiter une interruption de la cure. Le médicament s'emploie de préférence par injections intraveineuses et parfois il se produit de la sclérose de la veine. Parfois aussi on constate à la suite de ces injections une légère glycosurie, mais elle est passagère et d'après les auteurs elle ne semble pas devoir être attribuée à une action anti-insulinique, ni à une action toxique sur l'appareil hépato-rénal. Cette glycosurie semble due à un phénomène de surcharge : dans un temps relativement court, le sulfone vient à être scindé et sa partie glucidique serait éliminée comme telle dans un premier temps.

Belgodère.

David Lehr. — **Prévention de lésions rénales par l'usage de mélanges de sulfamides** (Prevention of renal damage by use of mixtures of sulphonamides). *British medical Journal*, 13 décembre, pp. 943-946

Après les expériences sur l'animal, 700 malades non sélectionnés présentant des affections infectieuses (New-York) ont été soignés avec un mélange à parties égales de sulfathiazol et sulfadiazine, ou de sulfadiazine et sulfamérazine, le total étant équivalent aux doses habituelles. La voie buccale fut le plus souvent employée. Chez les enfants le deuxième mélange fut aussi injecté. Les résultats seront publiés ultérieurement. La quantité adéquate de liquide fut donnée, sans agents alcalins. Les réponses thérapeutiques aux deux mélanges furent très satisfaisantes. La déferves-

cence et l'amélioration générale semblaient beaucoup plus rapides qu'avec une des drogues employées séparément. Le total des doses employées était comparativement faible. Les effets thérapeutiques furent maintenus avec facilité (concentration sanguine de 5 à 20 milligrammes pour 100 centimètres cubes). Les concentrations urinaires variaient entre 100 et 600 milligrammes pour 100 centimètres cubes. La cristallurie était rare et jamais du type massif observé avec un seul produit. Sur plus de 900 échantillons acides matinaux, les urines, après centrifugation, dans des cas contenaient des cristaux dans 7 o/o des cas, ce qui contraste avec 29 o/o pour la sulfadiazine, 26 o/o pour la sulfamérazine et 70 o/o pour le sulfathiazol seuls. Aucun des malades n'a présenté des signes rénaux importants. Fait inattendu, les réactions allergiques semblent aussi avoir diminué. Les nausées et les vomissements étaient rares. Aucune autre réaction toxique ne fut observée. Actuellement nous entreprenons des expériences avec un mélange de trois sulfamides.

Confirmation de plusieurs sources : Whitehead sur l'animal, Flippin et Reinold, cliniquement en 1946. Hagerman, en Suède, en 1946-1947, arrive aux mêmes résultats de laboratoire et cliniques en utilisant un mélange de sulfathiazol, sulfadiazine et sulfamérazine.

Résumé. — Une nouvelle et simple méthode de prévention des accidents rénaux au cours de la sulfamidothérapie est présentée ; il suffit de donner un mélange de diverses sulfamides au lieu d'un seul produit. En solution chacun des composants se comporte comme s'il n'exerçait aucune influence sur la solubilité des autres, le danger de précipitation rénale est ainsi très diminué ; cela a été prouvé chez l'animal et chez l'homme. Actuellement le danger n'existe que proportionnellement à la dose de chaque produit, par contre l'effet thérapeutique est proportionnel au total des sulfamides données. Le résultat de ces études indique qu'il est préférable de donner deux ou plusieurs sulfamides, car l'effet thérapeutique est beaucoup plus grand et la toxicité rénale beaucoup moindre. Le principe de la dissolution de différents produits de structure similaire et de même effet thérapeutique dans le même solvant pourra se montrer précieux quand on devra dissoudre une grande quantité de produits dans très peu de solvant. M. Mansour.

Baccareda (Gênes). — **Sur la fixation des sulfamides dans le tissu réticulo-histiocytaire comme cause de pharmaco-résistance présumée et sur leur libération au moyen du rouge Congo** (Sulla fissaszione delle solfanilamide nel S. R. I., quaje causa di presunta formaco-resistenza e sulla sua liberazione a mezzo del rosso Congo). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **86**, fasc. A, novembre 1945, pp. 50 à 66. Bibliographie.

Parmi les hypothèses qui ont été proposées pour expliquer les cas de sulfamido-résistance, on a fait intervenir le blocage du médicament, sa rétention par le système réticulo-endothélial. Des expériences pratiquées par divers auteurs pour contrôler cette hypothèse ont donné des résultats contradictoires.

Baccareda a entrepris à son tour des expériences dont il donne la technique et le détail. Ces recherches ont porté sur un groupe de sujets atteints de blennorragie et sulfamido-résistants. Chez aucun de ces sujets, il n'a pu constater une diminution de la concentration des sulfamides dans le sang ni dans les urines. Il n'a pas constaté non plus de retard de l'élimination. Le rouge Congo n'a pas manifesté d'influence nette ni sur la concentration hématique, ni sur l'élimination urinaire. Il conclut donc que les causes de la sulfamido-résistance chez certains malades atteints de blennorragie restent obscures.

Belgodère.

Prof. Scolari (Catane). — **Décadence de l'action de la sulfamidothérapie dans l'infection gonococcique. — Un problème biologique et therapeutique** (Decadenza di azione della sulfamidoterapia nelle infezione gonococcica. Un problema biologico e terapeutico). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. III, juin 1943, pp. 273 à 287.

En Italie comme ailleurs on a constaté, depuis 1942, un fléchissement marqué, et qui va en s'accentuant, de l'efficacité des médications sulfamidées dans le traitement des infections gonococciques.

Ainsi Scolari donne sa statistique personnelle d'où il résulte que, sur 96 cas de blennorragie, il n'y a eu que 18 succès avec un ou deux cycles de cure sulfamidée. Il expose et discute les différentes hypothèses qui ont été émises pour expliquer cette « décadence » et passe en revue les expériences effectuées par divers auteurs pour essayer de résoudre ce problème.

D'après Scolari trois facteurs peuvent être incriminés : le médicament, le terrain, le microbe.

Médicament. — Modification dans la fabrication industrielle du produit; cette explication est peu vraisemblable.

Terrain. — Il est également peu probable qu'il puisse jouer un rôle étant donné la fixité de l'espèce humaine qui n'est guère sujette à des variations surtout dans un laps de temps aussi court que celui où l'on a vu évoluer la déficience du médicament.

Microbe. — C'est bien lui qu'il faut incriminer si l'on songe à la labilité d'un fragile organisme végétal unicellulaire dont le comportement vis-à-vis d'un milieu chimiothérapique peut être considéré comme facilement modifiable à travers la succession rapide des générations.

Cependant, au point de vue pratique, Scolari n'est pas d'avis qu'on doive abandonner la médication sulfamidée, comme certains l'ont proposé. Car, même en cas d'échec, le traitement sulfamidé abrège la durée de la maladie et prévient les complications, qui sont devenues beaucoup plus rares. Mais il conseille d'associer au traitement par les sulfamides les méthodes traditionnelles : lavages antiseptiques, vaccinothérapie, pyrétothérapie, etc....

Belgodère.

G. Watkinson et B. R. Hillis. — **Héliosensibilité après usage prophylactique de sulfamides et sa relation avec les réactions vaccinales.** *British Medical Journal*, 18 octobre 1947, pp. 609-611.

Pour éviter des infections streptococciques on donna dans une base de la R.A.F., de façon préventive, 2 grammes de sulphonamide pendant 10 jours à 470 membres du personnel : 34,6 o/o de photo-sensibilisations dues à la combinaison de 3 facteurs : soleil, vaccination et sulfamide. La plus grande fréquence était chez les vaccinés récents et coïncidait avec la période pustuleuse, ceci même quand on avait cessé le médicament. Aucune éruption chez les non-vaccinés et quand le vaccin n'avait pas pris. La littérature des éruptions sulfamidées est discutée. L'expérience a montré que l'association des sulfamides et de la vaccination causait une augmentation des photo-sensibilisations. M. Mansour.

Luigi Semmola (Florence). — **Réactions de foyer et réactions à distance provoquées par les sulfamides chez des sujets porteurs de dermatoses microbiennes** (Reazioni « di focolaio » ei reazioni cutanee « a distanza » alle sulfonamidi nel portatori di dermatosi microbiche). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **86**, fasc. I, novembre 1945, pp. 41 à 49.

Au traitement sulfamidé des dermatoses primitivement ou secondairement microbiennes peuvent succéder précocement des réactions de foyer, congestives

et exsudatives au sein des lésions cutanées, et des éruptions cutanées à distance à type vésiculeux, vésiculo-pustuleux, œdémato-vésiculeux, c'est-à-dire caractérisées par une nette tendance exsudative. De telles éruptions à caractère exsudatif sont très rarement rencontrées chez les sujets soumis à la médication sulfamidée et dont la peau avant le traitement était intacte, par exemple chez les blennorragiques. Les toxicodermies observées chez ces sujets sont habituellement de type érythémateux. Il semble que, dans la pathogénie de ces éruptions, il doive être tenu compte surtout de l'état septique de la peau et des modifications consécutives de son état allergico-immunitaire. Ce facteur semble avoir plus d'importance que la nature du composé sulfamidé.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier six cas de ces manifestations cutanées, dont il rapporte les observations et discute les caractères. Il établit une analogie entre ces réactions cutanées et la réaction de Herxheimer.

Miescher, de Zurich, qui a le premier signalé ces réactions cutanées, a proposé, pour en donner l'explication, deux hypothèses : ou bien il s'agit de l'action directe et toxique d'une combinaison chimique entre le médicament et certaines toxines microbiennes, ou bien il s'agit d'une stimulation biotropique des germes présents dans les altérations cutanées primitives.

L'auteur se rallie à la seconde hypothèse; pour lui, il s'agit de microbides suscitées par les sulfamides à travers une activation biotropique.

Belgodère.

A. Laffont et M. Bonafos (Alger). — **Influence sur l'enfant de la sulfamidothérapie maternelle**. *Gynécologie et Obstétrique*, t. **45**, n° 5, 1946, pp. 447-459.

Travail fortement documenté d'où il ressort que :

1° Tous les sulfamides traversent très rapidement le placenta (quelques minutes). Si le taux des sulfamides atteint 5 milligrammes o/o dans le sang du fœtus (comme il l'atteint chez la mère), il est suffisant pour protéger l'enfant contre les septicémies d'origine maternelle. L'innocuité pour le fœtus, couramment admise, a été discutée (ictère grave pour Guisler, anémie hémolytique). Les auteurs font la critique des 70 « faits préjudiciables au nouveau-né » qu'ils ont enregistrés sur 150 cas de sulfamidothérapie maternelle; mais la mort du fœtus est exceptionnelle et ne contrebalance pas les bons résultats de la sulfamidothérapie qui a très considérablement réduit le nombre des avortements dans la pneumonie, l'érysipèle, la gonococcie aiguë, etc.

2° Les sulfamides passent dans le lait en 3 à 6 heures, mais à faible dose : 0 gr. 005 pour 100 centimètres cubes, trop faible pour avoir quelque action curative pour le nourrisson; d'autre part, la sulfamidothérapie entraîne souvent ou aggrave une diminution ou un arrêt de la sécrétion lactée et des altérations du lait susceptibles de provoquer de nombreux troubles chez l'enfant.

A. Touraine.

H. Dowling, H. Hirsh et M. Lepper. — **Réactions toxiques au cours d'un deuxième traitement par les sulfamides chez des malades qui avaient présenté ces réactions pendant un traitement antérieur** (Toxic reactions accompanying second course of sulfonamides in patients developing toxic reactions during a previous course). *Annals of Internal Medicine*, t. **24**, 1946, p. 629.

78 malades avaient eu fièvre, dermatite ou conjonctivite au cours d'un premier traitement. Chez 48 d'entre eux, la même sulfamide a été donnée pendant le deuxième traitement, 33 ont renouvelé les accidents. Chez 30 autres, le produit a été changé, 5 seulement ont eu des accidents.

Par conséquent, au cas de mauvaise tolérance, changer la sulfamide lors d'un nouveau traitement.

A. Touraine.

Paolo Parisi (Bologne). — **Un cas de radiculo-névrite par intoxication sulfamidique** (Un caso di radiculo-nevrite da intossicazione sulfamidica). *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. **29**, fasc. II, Édition de guerre, pp. 103 à 111. Bibliographie.

Observation d'un malade de 22 ans atteint de pleurésie qui fut admis au traitement sulfamidé, avec une préparation sulfamido-thiazolo-méthyl. Ce traitement fut poursuivi pendant 26 jours, comprenant 130 comprimés représentant un poids de 65 grammes. Avant la fin de ce traitement, fourmillements dans les pieds, engourdissements, puis aux jambes et aux genoux, ensuite perte de la sensibilité au contact, et douleurs profondes aux jambes s'irradiant à la face postérieure des cuisses.

L'examen de la sensibilité révélait une disparition complète de la sensibilité tactile, thermique, douloureuse aux jambes jusqu'aux genoux où il y avait une zone de sensibilité seulement atténuée. Une zone d'anesthésie occupait les bourses, le périnée et la face interne des fesses. Cette distribution indiquant une participation radiculaire, le liquide céphalo-rachidien fut examiné et on constata au benjoin un léger déplacement dans la zone méningitique, et une dissociation albumino-cytologique (albumine : 0,53, cellules : absence de lymphocytes).

Faisant la critique de ce cas, l'auteur estime qu'il doit être considéré comme un cas de radiculo-névrite.

Quant au mode d'action des sulfamides, il semblerait d'après des travaux antérieurs que le médicament agirait en amenant un trouble dans le métabolisme de la vitamine B_1 par un mécanisme qui n'a pu du reste encore être expliqué que par des hypothèses, et dont on ne trouvera vraisemblablement pas d'explication satisfaisante tant que le mode d'action des sulfamides restera entouré d'obscurités comme il l'est actuellement. Belgodère.

Antihistaminiques

Divers. — **Les antihistaminiques.** *XXVIe Congrès français de Médecine*, Paris, 16-18 octobre 1947.

Rapport de Bickel (Genève) : Contre le choc anaphylactique par histamine, échec de l'histamine elle-même (histaminase) et des acides aminés; résultats meilleurs mais inconstants avec des produits de synthèse (antergan, néo-antergan); espoir dans les corps actuellement étudiés. Tous ces corps agissent sur la musculature lisse, suppriment la triade de Lewis, diminuent la perméabilité vasculaire. Indications primordiales : urticaire, œdème de Quincke, prurits, dermographisme, asthme, rhume des foins, conjonctivite allergique. Effets moins constants dans les rhinites vaso-motrices, les migraines, le vertige de Ménière, certaines intolérances médicamenteuses.

Rapport de Gaté et Pellerat (Lyon) : L'histamine cutanée est libérée dans l'organisme et y détermine des accidents au cours de nombreuses dermatoses : urticaire, eczéma, maladie de Dühring, etc., des accidents d'allergie.

Les antihistaminiques de synthèse ne peuvent que neutraliser l'histamine libérée sans avoir d'action immunisante ou désensibilisante; leur effet n'est donc que symptomatique et temporaire. Ils déterminent parfois des incidents : troubles digestifs, sanguins, nerveux, généraux, cutanés, fébriles.

Rapport de Decourt *et* J.-L. Parrot (Paris) : Les antihistaminiques de synthèse n'empêchent pas la libération de l'histamine mais rendent les tissus insensibles à son action; ils sont donc uniquement symptomatiques. L'inconstance de leur efficacité relève probablement de raisons propres au malade (le plus souvent imprécises) ou héréditaires. A. Touraine.

S. M. Feinberg (Chicago) — **L'histamine et les agents antihistaminiques** (Histamine and Antihistaminic agents). *The Journal of the American Medical Association*, t. **132**, n° 12, 23 novembre 1946, pp. 702-713.

L'auteur, après avoir fait l'historique de la découverte de l'anaphylaxie et de ses rapports avec l'allergie, résume les recherches pour une thérapeutique de désensibi-

lisation non spécifique. Il dresse une liste des nombreux produits employés dans ce but en signalant leurs inconvénients.

Dans un deuxième chapitre, Feinberg étudie l'histamine et le rôle que ce produit joue dans le mécanisme de l'anaphylaxie et de l'allergie. Il passe en revue les découvertes de Dale et Laidlaw (1910), de Best (1927) et des autres auteurs qui ont, par l'expérimentation, fourni la preuve que l'histamine est un facteur de premier plan dans la production des symptômes du choc anaphylactique et, par analogie, dans les symptômes de l'allergie. En partant du principe que l'histamine produit l'allergie, de nombreux auteurs ont essayé de désensibiliser les allergiques par le traitement histaminique.

Dans un troisième chapitre l'auteur passe en revue toutes les tentatives faites dans ce sens, mais les résultats ont été décevants et il n'a pas été obtenu de désensibilisation par l'histamine.

D'autres auteurs, Fell et ses collaborateurs entre autres, ont pensé ajouter à l'histamine un produit qui augmenterait son action; on s'est alors servi de l'histamine-azoprotéine qui s'est montrée plus active que l'histamine seule mais sans grand intérêt.

En 1929, Best découvrit une enzyme capable de détruire l'histamine mais cette « histaminose » se révéla sans grand effet sur les affections allergiques. De même les sympathicomimétiques n'ont pas donné de satisfaction aux expérimentateurs.

Les premières recherches pour trouver des agents antihistaminiques ont permis à Fourneau et Bovet de mettre au point les composés 929 F et 1571 F; mais ces produits, quoique actifs, n'ont pu être employés à cause de leur toxicité.

Mosnier mit ensuite au point plusieurs antihistaminiques de synthèse, dont le 2325 RP et le 2339 RP, ou Antergan; ce produit, surtout, semble être assez actif. Plus tard, Bovet découvrit le 2786 RP ou néo-Antergan qui semble, lui aussi, avoir une certaine activité dans les affections allergiques.

Les Américains, de leur côté, ont cherché d'autres produits antihistaminiques; le Benadryl, qu'ils ont mis au point, leur donne toute satisfaction dans l'urticaire et l'œdème angio-neurotique, dans les dermatites de contact, dans le rhume des foins; dans l'asthme, les résultats sont discutés et semblent moins sûrs. Le Benadryl se prend par la bouche en capsules de 50 milligrammes, quatre fois par jour au maximum; les inconvénients sont une fatigue prononcée avec insomnie, sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, céphalée intense.

Le second produit américain est a Pyribenzamine qui se rapproche du néo-Antergan (il ne s'en distingue que par le manque d'un groupe méthoxy). Ce produit semble, lui aussi, actif dans l'urticaire, le rhume des foins, l'asthme; dans la migraine les résultats sont moins nets.

La Pyribenzamine s'administre par voie buccale par doses de 50 milligrammes trois à quatre fois par jour.

Pour terminer, l'auteur fait une étude comparative de l'activité de l'Antergan, néo-Antergan, Benadryl et Pyribenzamine. M. Balter.

G. L. Waldbott. — **Les médicaments antihistaminiques** (The Antihistaminic durgs). *The Journal of the American Medical Association*, t. **135**, n° 4, 21 septembre 1947, pp. 207-209, 5 tableaux résumés.

Tout médicament, même de grande valeur, peut être très dangereux s'il est employé à tort et à travers. La mode des nouveaux médicaments antihistaminiques est devenue telle que ces produits sont prescrits souvent pour satisfaire la curiosité des malades. Il faut donc faire une mise au point de leurs indications.

Lorsqu'un antigène pénètre dans l'organisme d'un sujet sensibilisé, certains anticorps appelés « réagines » se forment et créent les réactions allergiques. Simul-

tanément un anticorps de protection thermostabile peut se créer; en principe il doit agir pour guérir l'affection.

L'action combinée de l'antigène et de la réagine spécifique dans le sang ou les tissus libère de l'histamine ou des substances semblables à l'histamine qui dilatent les capillaires et provoquent des spasmes musculaires, surtout des spasmes bronchiques. Ainsi se crée, par l'intermédiaire de l'histamine, la réaction allergique : urticaire pour la peau, rhume des foins pour le nez, asthme pour les muqueuses de l'arbre bronchique, migraine dans certaines structures cérébrales. Une infection secondaire peut survenir, telle que sinusite chronique, asthme bronchique et eczéma allergique.

On peut essayer de lutter contre les effets allergiques dans chaque phase de ce processus : essayer de produire l'anticorps protecteur par désensibilisation, contracter les capillaires par l'éphédrine, relâcher la musculature bronchique par l'aminophylline.

On a essayé de contrecarrer les effets de l'histamine dans la chaîne des manifestations allergiques. L'histaminase qui détruit l'histamine *in vitro* n'a pas donné d'effets cliniques; les efforts faits pour obtenir une substance immunisante par l'injection de doses croissantes d'histamine elle-même ou d'histamine associée à une protéine (hépamine) ont également eu peu de succès.

En 1933, Fourneau et Bovet ont montré que certains éthers phénoliques contrecarraient l'action de l'histamine *in vitro* et *in vivo*. De nombreux composés de ce genre ont été et sont encore en synthèse dans de nombreux pays. Beaucoup ont été abandonnés à cause de leur toxicité. Ceux qui ont donné le plus de promesses sont le N-phényl-N-benzyl-aminométhyl-imidazolin ou « antistin » et le N-*p*-méthoxybenzyl-N-diméthylaminoéthyl-α-aminopyridine ou « néo-antergan », qui sont employés en Europe et le tripelennamine hydrochloride ou « pyribenzamine hydrochloride » et le diphénhydramine hydrochloride ou « benadryl », qui sont employés en Amérique.

Ces médicaments contrecarrent la plupart des effets physiologiques de l'histamine : diminution de la perméabilité capillaire provoquée par l'histamine, augmentation de la pression artérielle qui est abaissée par l'histamine, empêchement de la contraction histaminique des fibres utérines et intestinales du cobaye, inhibition de la sécrétion des glandes lacrymales, salivaires et bronchiques provoquée par l'histamine (point important pour la rhinite allergique et les crises d'asthme).

De plus, ces médicaments produisent une anesthésie locale et chez l'animal d'expérimentation empêchent la mort lorsqu'on injecte une dose mortelle d'histamine. Les auteurs précisent quelle est la valeur des différents médicaments antihistaminiques pour les diverses manifestations allergiques et concluent à l'évidence de la valeur de ces médicaments qui est au moins égale sinon supérieure à celle de l'éphédrine et de l'aminophylline; cependant ce sont des produits palliatifs, donnant des réactions et n'agissant pas sur la maladie elle-même.

Pour terminer, les auteurs signalent que Halpern vient de mettre au point, à Paris, une nouvelle série de produits dérivés de la thiodiphénylamine qui semblent plus actifs et moins toxiques que les produits plus anciens. Deux, le 3015 RP et le 3277 RP, semblent les plus actifs.

M. Balter.

C. Walton et J. Kristjansson-Mac Donell (Winnipeg). — **Médications antihistaminiques** (Antihistamine drugs). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **56**, n° 2, février 1947, pp. 162-169, 7 tableaux, bibliogr.

Après un rappel du rôle de l'histamine dans la sensibilisation allergique, les auteurs passent en revue les principales médications antihistaminiques : adréna-

line, xanthines, histaminases de synthèse parmi lesquelles, au premier rang, le bénadryl (diméthylaminoéthyl benzhydryl éter de Lœw, 1945). Ce dernier produit donne amélioration temporaire (6 à 24 heures) dans 80 o/o des urticaires et œdèmes angioneurotiques, 60 à 75 o/o des rhumes des foins, mais des insuccès fréquents et même des aggravations dans l'asthme bronchique (tableaux d'ensemble et de détail).

Le bénadryl et les produits voisins ne sont donc que des adjuvants; ils nécessitent, pour donner de bons résultats, un emploi prolongé qui ne laisse pas de devenir toxique pour les organes hémopoiétiques et le système nerveux; ils peuvent aussi provoquer un état d'allergie vis-à-vis d'eux-mêmes. L'avenir est donc dans de nouvelles directions de recherches.

A. TOURAINE.

X.... — **Les antihistaminiques** (The antihistamine drugs). *The Lancet*, t. **252**, n° 6455, 17 mai 1947, pp. 678-679. Bibliographie.

Bonne revue générale sur ces produits : bénadryl, pyribenzamine, antergan, néo-antergan.

Ils sont actifs mais seulement palliatifs. A. TOURAINE.

C. H. A. WALTON (Winnipeg). — **Les derniers antihistaminiques** (The newer antihistamines). *The Canadian Medical Association Journal*, t. **57**, n° 4, octobre 1947, pp. 515-323, 3 tableaux. Courte bibliographie.

Antistine (N. phényl-N. benzyl-amino-méthyl-imidazoline). — 83 cas d'allergie (coryza, asthme, urticaire, eczéma, migraine) traités par 100 à 400 milligrammes par jour et par la bouche; résultats très irréguliers, mais peu de toxicité (incidents dans 25 o/o, accidents dans 6 o/o).

Pyribenzamine. — 26 cas d'allergie; dose : 100 à 200 milligrammes par jour; résultats nettement meilleurs quoique inégaux; incidents dans près d'un tiers des cas (donc beaucoup moins que les 60 o/o avec le bénadryl.

Néo-antergan. — 6 cas, dont 5 de rhume des foins (1 échec) et 1 asthme (aggravé). A. TOURAINE.

A. PLICHET. — **Les nouveaux antihistaminiques de synthèse américains** *La Presse Médicale*, année **55**, n° 20, 5 août 1947, p. 232.

Les savants français ont, les premiers, découvert les produits de synthèse et Halpern en 1942 apporta un produit de faible toxicité, d'action considérable contre les effets de l'histamine, le N'-phényl-N'-benzyl-N-diméthylène d'anine (2339 R. P.) ou antergan largement utilisé en clinique humaine. En 1944, Bovet et ses collaborateurs firent connaître un nouveau produit, le N-*p*-méthyl-oxy-benzyl-N-diméthyl-amino-éthyl-*a*-amino-pyridine ou 2786 R. P., « néo-antergan » moins toxique et plus efficace que le 2339 R. P.

Les Américains ont mis au point deux composés. Le premier est le β-diméthyl-amino-éthyl-benzo-hydril-éther-hydrochloride ou « benadryl », d'action antihistaminique élevée, administré généralement par voie buccale en capsules de 50 milligrammes en nombre variable, sans dépasser 4 par jour. Chez l'enfant, 4 milligrammes par kilogramme de poids. A doses élevées, il provoque des nausées, de la lassitude, de la somnolence.

R. L. Mayer et ses collaborateurs, en 1945, ont proposé un autre antihistaminique : le N'-pyridil-N'-benzyl-N-diméthyl-éthylène-diamine ou « pyribenzamine » de formule voisine du néo-antergan.

Pour Feinberg, son action est à peu près égale à celle du néo-antergan. Il s'administre à la dose de 50 milligrammes, 3 à 4 fois par jour. Dans l'urticaire et dans

les réactions du type maladie du sérum le bénadryl et la pyribenzamine ont une efficacité à peu près semblable. Dans les manifestations allergiques respiratoires, dans la fièvre des foins, l'asthme, la toux allergique, la pyribenzamine donne de meilleurs résultats que le bénadryl.

Leur action, bien entendu, n'est que palliative temporaire.

H. Rabeau.

J. Pellerat et Mlle M Murat. — **Action des antihistaminiques de synthèse sur l'histaminémie.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, t. **140**, nos 7-8, avril 1946, *Société de Lyon*, séance du 21 janvier 1946, pp. 297-298.

Chez 8 sujets ayant absorbé des doses modérées d'antihistaminiques de synthèse pendant des temps variables, les auteurs ont trouvé d'une manière constante une augmentation importante de l'histaminémie sans pouvoir établir de rapport défini entre le taux de l'histaminémie et la dose ingérée.

Après une injection de 0 gr. 10 de 2339 R. P. (N-diméthylamino-éthyl-N-benzylaniline), l'histaminémie atteint très rapidement des taux élevés dépassant parfois de plus de 10 fois les chiffres précédant l'injection. Cette augmentation est précoce et atteint son maximum en 1 ou 2 heures, parfois aussi plus tardive, à la 24e heure. On note parallèlement une augmentation importante de l'histamine plasmatique.

Ces chiffres, comparables à ceux que l'on observe dans certains états pathologiques, tels que l'urticaire, le choc anaphylactique, etc., où l'histamine joue un rôle, expliquent les accidents qui se produisent au cours des traitements par les antihistaminiques. Ces accidents étant cependant assez rares, on peut conclure qu'il se trouve dans le sang une dose d'antihistaminique suffisante pour neutraliser les effets nocifs de cette hyperhistaminémie.

Étudiant les variations de l'histaminémie après injection simultanée de vitamine B_1 ou de vitamine PP et de 2339 R. P., les auteurs ont constaté que ni la vitamine B_1 ni la vitamine PP ne modifient les effets de ce dernier produit. Le 2786 R. P. (N-*p*-méthoxy-benzyl-N-diméthyl-amino-éthyl-α-amino-pyridine) provoque des réactions identiques à celles du 2339 R. P. Il en est de même du 2325 R. P. (N-diméthyl-amino-éthyl-N-éthyl-aniline) bien que l'hyperhistaminémie et l'augmentation parallèle de l'histamine plasmatique provoquées par ce produit soient moins accusées qu'avec le 2339 R. P. ou le 2786 R. P.

Il semble donc établi que l'administration d'antihistaminiques chez l'homme, par voie buccale ou en injection, provoque une augmentation importante de l'histaminémie. Le 2339 R. P. et le 2786 R. P. se montrent particulièrement actifs à cet égard. Sans qu'on puisse établir une relation certaine de cause à effet entre ces deux manifestations, il est à noter que ces deux corps sont ceux qui, du point de vue physiologique, montrent le plus d'activité. On peut se demander s'il ne se produit pas en pareil cas, au niveau des tissus, des réactions compétitives entre l'histamine et les antihistaminiques, ces derniers ayant pour effet de libérer l'histamine et manifestant ainsi leur action.

Lucien Périn.

Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et B. N. Halpern. — **Action comparée des antihistaminiques de synthèse sur la réaction cutanée à l'histamine et sur la réaction de Prausnitz-Küstner.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, t. **140**, nos 13-14, juillet 1946. Séance du 20 juillet 1946, pp. 480-483.

L'effet des antihistaminiques de synthèse sur les réactions cutanées observées après injection intradermique d'histamine et sur les réactions cutanées allergiques a été déjà étudié par de nombreux auteurs.

Les auteurs ont complété cette étude en recherchant l'action des antihistamini-

ques de synthèse sur une réaction cutanée indirecte telle que la réaction de Prausnitz-Küstner, test du transfert passif de l'allergie vasculo-humorale ou anaphylaxie spontanée de l'homme.

Cette recherche présente d'autant plus d'intérêt qu'elle est susceptible de fournir un moyen d'aborder la question des rapports de l'histamine et des états allergiques, si importante du point de vue doctrinal.

Ils ont constaté que les antihistaminiques de synthèse donnés à doses suffisantes à un sujet chez lequel on pratique des injections intradermiques d'histamine atténuent et même négativent ces réactions. Administrés dans des conditions analogues, ces antihistaminiques de synthèse peuvent rendre négative la réaction de Prausnitz-Küstner alors qu'elle est positive chez les sujets non soumis à leur action.

Un sujet, sur 6 examinés, a fait exception à cette règle et montré des réactions de Prausnitz-Küstner positives alors qu'il était soumis à l'action des antihistaminiques de synthèse. L'une des réactions de Prausnitz-Küstner, obtenue avec l'ovalbumine acétylée, s'est cependant montrée moins fortement positive chez lui que chez les autres sujets non soumis à leur action; ce sujet présentait d'autre part une sensibilité particulière à l'histamine. Il semble permis d'en conclure que la papule œdémateuse qui marque la positivité de la réaction de Prausnitz-Küstner est due à une libération d'histamine et que par conséquent le conflit antigène-anticorps qui paraît servir de substratum à cette réaction est dû aussi à la même cause.

Des recherches complémentaires sont poursuivies en vue de tenter de démontrer cette conception, de doser la quantité d'histamine libérée et de préciser le mécanisme d'action des antihistaminiques sur la réaction de Prausnitz-Küstner.

LUCIEN PÉRIN.

J. PELLERAT et P. GUICHARDOT. — **Sensibilité cutanée à l'histamine et antihistaminiques de synthèse.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, t. **140**, novembre 1946, nos 21-22, *Société de Lyon*, séance du 1er juillet 1946, p. 879.

Les éléments de la triade de Lewis, obtenus par injection intradermique d'une goutte de solution d'histamine, apparaissent chez le sujet normal pour une concentration de 10^{-5}.

La sensibilité cutanée à l'histamine augmente dans certaines dermatoses (urticaire, dermites artificielles, maladie de Dühring-Brocq, prurits localisés ou généralisés, etc.) où ces éléments s'obtiennent pour une concentration de 10^{-6} à 5×10^{-6}. Une relation étroite existe entre l'intensité de la réaction cutanée et l'action des antihistaminiques de synthèse.

Toutes les dermatoses dans lesquelles la sensibilité cutanée à l'histamine est exagérée réagissent d'une manière remarquable aux antihistaminiques de synthèse; l'action de ces derniers est surtout manifeste sur le prurit. Par contre, les dermatoses dans lesquelles la réaction cutanée à l'histamine est normale ne réagissent pas à cette médication.

Il est à noter que la sensibilité de la peau à l'histamine varie après l'administration thérapeutique d'antihistaminiques. L'intensité de la réaction diminue alors nettement et redevient souvent normale.

Il semble en conclusion que la réaction cutanée à l'histamine constitue un test d'action des antihistaminiques.

LUCIEN PÉRIN.

Borelli (Parme). — **Antihistaminiques et réactivité cutanée** (Antistaminici e rattività cutanea). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 5, septembre-octobre 1947, pp. 473 à 488. Bibliographie.

Après avoir rappelé les principales données de la question des antihistaminiques de synthèse, l'auteur expose les résultats de ses recherches sur la modification de la réactivité cutanée aux rayons U. V. obtenue en administrant soit *per os* soit par la voie intradermique de la dimétine (diméthyl-amino-éthyl-benzilaniline). D'une manière générale, il y eut une élévation du seuil de l'érythème, faible et inconstante, une prolongation notable du temps de latence et abolition des symptômes subjectifs. Toutes ces constatations, jointes aux résultats de deux épreuves hypodermiques et en tenant compte de l'analogie partielle de structure chimique avec les succédanés de la cocaïne, permettent de prendre en considération l'hypothèse que l'action « antihistaminique » antiallergique) de ces substances est due peut-être à leurs propriétés anesthésiques. Belgodère.

Olivetti (Milan). — **Recherches expérimentales sur l'activité des composés antihistaminiques sur la peau humaine** (Ricerche sperimentali sulla attività dei composta antistaminici sulla cute umana). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **88**, fasc. 5, septembre-octobre 1947, pp. 457 à 472. Bibliographie.

Les antihistaminiques ont fait l'objet de nombreuses recherches dont les résultats ont été souvent discordants. L'auteur a entrepris à son tour une série d'expériences.

Premier groupe d'expériences : *a*) Influence des antihistaminiques de synthèse. introduits par la voie gastrique, sur la réactivité cutanée à l'histamine et sur le prurit spontané (le produit utilisé a été un antihistaminique dénommé la dimétine) : les modifications sur la réactivité cutanée ont été très variables et souvent faibles, de sorte qu'il n'est pas possible de tirer une conclusion ferme. Le prurit spontané a été influencé favorablement chez tous les malades, mais l'observation n'a pu être assez prolongée pour qu'il soit possible de dire si cette action est durable. *b*) Influence des antihistaminiques introduits par voie gastrique sur le prurit expérimental : cette influence s'est montrée absolument nulle.

Deuxième groupe d'expériences : *a*) Influence des antihistaminiques en applications locales sur la réactivité cutanée à l'histamine : chez tous les sujets, le pouvoir inhibiteur de la dimétine était évident; le pemphus provoqué par l'histamine s'est montré plus petit de moitié ou des deux tiers sous l'influence de la dimétine. Ces expériences ont en outre mis en évidence une légère action anesthésique de l'antihistaminique. *b*) Influence des antihistaminiques en applications locales sur le prurit expérimental : le prurit était provoqué par une injection intradermique de morphine. La dimétine a certainement atténué le prurit mais sans le faire disparaître totalement. Belgodère.

Driessens et Mlle Vendeville. — **Substances histaminiques et antihistaminiques et cicatrisation des plaies expérimentales.**

En étudiant la cicatrisation des plaies expérimentales chez le lapin, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

L'histamine entraîne une perturbation marquée avec retard important de la cicatrisation.

Les anti-histaminiques (Antergan) exerceraient une action accélératrice nette du même processus.

Ils émettent l'hypothèse qu'un animal neuf, porteur d'une plaie aseptique, est peut-être capable de se sensibiliser lentement à celle-ci c'est-à-dire aux protéines et déchets protéiques issus de la lésion. V. Cordonnier.

Halpern. — **Sur des médicaments histaminiques nouveaux dérivés de la thiodiphénylamine.** *XXVIe Congrès français de Médecine*, Paris, 16-18 octobre 1947.

Les médicaments caractérisés par un S fixé sur un N nucléaire semblent avoir la plus grande efficacité. Tel est, en France, le 3277 R. P. ou diméthylisopropylthiodiphényl-amine. Ce corps est très peu toxique et a une action excitante sur le système nerveux, alors que les produits employés jusqu'ici sont dépresseurs. La réaction contre l'histamine est, avec lui, très nette sur la musculature lisse (bronches, vaisseaux). Pas d'effet sur la résistance capillaire des sujets normaux, mais très forte augmentation de cette résistance chez les allergiques.

A. Touraine.

Pasteur Vallery-Radot, J. Hamburger et B. Halpern. — **Essais cliniques d'un nouvel antihistaminique de synthèse dérivé de la thiodiphénylamine** *XXVIe Congrès français de Médecine*, Paris, 16-18 octobre 1947.

200 malades ont été traités au 3277 R. P., généralement à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour; l'action de chaque prise médicamenteuse dure 8 à 16 heures au moins, parfois un jour.

Peu toxique, ce corps détermine quelquefois de la somnolence ou de l'ébriété (atténuées par la benzidrine et disparaissant le plus souvent si l'on continue la médication).

Amélioration presque constante dans l'urticaire, l'œdème de Quincke, le rhume des foins, inconstante dans l'asthme, la migraine. Échec dans les érythrodermies arsenicales, l'allergie tuberculinique, les rhumatismes et néphrites présumées allergiques. Ces résultats sont de nature à modifier la classification actuelle des affections réellement allergiques.

A. Touraine.

F. W. Lynch. — **Le Benadryl en thérapeutique dermatologique** (Benadryl in dermatological therapy). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **55**, n° 1, janvier 1947, pp. 101-108.

Étude portant sur 90 cas de dermatoses traités par le benadryl. Sur 33 urticaires, succès sauf dans 3 cas où il existait des troubles psychoneurotiques importants. Le médicament a été mal supporté dans 30 o/o des cas (sécheresse buccale, vertiges, nausées, agitation), sans accident sérieux cependant. Par voie intraveineuse, les troubles, après 10 et 20 milligrammes, furent plus sérieux. Dans les cas chroniques, les doses doivent être continuées à des doses journalières importantes (50 à 150 milligrammes) sans inconvénient.

Le benadryl paraît particulièrement efficace dans l'hypersensibilité urticarienne aux médicaments (3 succès rapides). Dans les piqûres d'insecte, succès dans 60 o/o. Il est utile dans le prurit vulvaire (dans 60 o/o des cas) et il mérite d'être essayé dans toutes formes de prurit localisé ou généralisé, dans l'acné rosacée, l'érythème multiforme et peut-être le lupus érythémateux. Par contre, aucun succès dans l'eczéma ou la dermatite herpétiforme.

L. Golé.

F. D. Osborne, J. W. Jordon et N. G. Rausch. — **Essai clinique d'un nouveau composé histaminique (pyribenzamine) dans certains troubles cutanés** (Clinical use of a new antihistaminic compound (pyribenzamine) in certain cutaneous disorders). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **55**, n° 3, mars 1947, pp. 309-321. Bibliogr.

Dans l'urticaire, la pyribenzamine, à la dose quotidienne de 100 à 400 milligrammes pendant 2 à 14 jours, a permis 23 succès sur 24 cas dans des délais rapides (mais des résultats analogues ont été obtenus avec le benadryl). Résultats aussi encourageants dans l'urticaire chronique (le médicament a pu être administré à la dose de 200 à 300 milligrammes pendant 6 mois). Dans les diverses dermatites de sensibilisation, les résultats obtenus ont été satisfaisants dans plus de la moitié des cas. Succès dans 3 cas (sur 4) de dermatite herpétiforme. La pyribenzamine paraît bien mieux supportée que le benadryl.

L. Golé.

P. A. O'Leary et E. M. Farber (Rochester). — **Le benadryl dans le traitement de certaines affections cutanées** (Benadryl in the treatment of certain diseases of the skin). *The Journal of the American Medical Association*, t. **134**, nº 12, 19 juillet 1947, pp. 1010-1013, 2 tableaux.

Dans ces dernières années, un nouveau produit, le chlorure de β-diméthyl-amino-éthyl-benzohydryl (Benadryl) devint utilisable pour l'expérimentation et plus récemment pour l'usage thérapeutique. Ce produit fut préparé par Lœw et ses collaborateurs. Il appartient à un groupe pharmacologique distinct et doit avoir une action antihistaminique. Expérimentalement, il guérit le choc histaminique et le choc anaphylactique chez le cobaye et exerce une action antispasmodique sur le muscle lisse. Il se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche soluble dans l'alcool et l'eau et peut être administré par voie buccale ou intraveineuse. Les auteurs ont administré ce produit à un grand nombre de malades présentant des dermatoses diverses, ils donnent les résultats de leurs observations.

— Urticaire : Maladie caractérisée par des accumulations locales de liquide dans la peau et les muqueuses. Elle résulte d'une perméabilité pathologique temporaire des vaisseaux sanguins. L'œdème angioneurotique ou urticaire géante est essentiellement le même processus, avec la différence que les tissus sous-cutanés sont pris et que les lésions peuvent survenir dans les muqueuses du naso-pharynx, du larynx, des bronches ou des poumons. Le Benadryl supprime le prurit en 20 à 60 minutes et réduit l'œdème en 2 à 6 heures dans l'urticaire aiguë. Le Benadryl est prescrit à des doses de 50 à 100 milligrammes.

Sur 35 malades ainsi traités, 20 furent guéris définitivement (1 en 2 jours), 12 furent améliorés, 3 n'eurent pas de résultats. Il y eut des réactions chez 10 malades sur 35, mais ce furent des réactions sans gravité.

Chez 75 malades présentant une urticaire chronique, 48 furent guéris complètement, 17 améliorés et 10 n'eurent pas de résultats; 25 malades ont présenté des réactions au Benadryl.

Les auteurs, pour illustrer, donnent les observations de 12 cas.

— Dermatites atopiques : Le Benadryl fut prescrit à 25 malades; 8 ont eu une amélioration nette du prurit sans autre résultat.

— Prurits de causes diverses : Le Benadryl n'est pas un produit antiprurigineux : 6 malades seulement sur 38 ont été améliorés Le prurit était dû dans ces cas à : dermatite de contact, jaunisse, prurit toxique, psoriasis, dermatite herpétiforme, névrodermite, etc.

— Sclérodermie et acrosclérose : L'œdème est le premier signe de ces affections et précède la sclérose et l'atrophie. Étant donné que le Benadryl agit sur l'œdème d'autres affections, les auteurs ont essayé de l'expérimenter dans la sclérodermie; 9 malades d'acrosclérose et 4 de sclérodermie reçurent de 200 à 800 milligrammes du médicament par jour par voie buccale. Sur les 9 malades d'acrosclérose, 7 purent se servir de leurs doigts à cause de la rapide disparition de l'œdème, mais 2 seulement ont eu une amélioration durable.

— Toxicité : 58 malades sur 186 traités au Benadryl ont présenté des réactions telles que sécheresse de la bouche, nervosité, nausées, excitation, etc. Ces réactions apparaissent dans les 5 premiers jours du traitement et souvent disparaissent si le produit est continué pendant quelques semaines.

Les réactions disparaissent rapidement à la suppression du produit.

En résumé, le Benadryl est un produit ayant une action nette sur l'urticaire, mais la sédation des symptômes n'est obtenue que pendant la durée du traitement. Le médicament ne s'accumule pas. M. Balter.

M. Loveless et H. Brown (New-York). — **Comparaison entre les effets cliniques de la pyribenzamine et ceux du bénadryl** (A comparaison between the clinical effects of pyribenzamine and those of benadryl). *The New-England Journal of Medicine*, t. **237**, n° 14, 2 octobre 1947, pp. 501-504, 1 diagramme, 2 tableaux. Courte bibliographie.

150 malades atteints d'urticaire aiguë, de rhinite allergique ou de rhume des foins ont été traités par la pyribenzamine et 53 par le bénadryl. Une guérison complète ou partielle a été obtenue dans 80 o/o des cas. Sur 33 autres malades, traités d'abord par l'un puis par l'autre de ces remèdes, 23 ont tiré un bénéfice égal de chacun d'eux ; 5 ont préféré le bénadryl, 5 la pyribenzamine.

Comme effet latéraux, à noter la somnolence dans 61 o/o des cas traités par le bénadryl, dans 20 o/o par la pyribenzamine ; troubles gastro-intestinaux dans 10 o/o après bénadryl, 14 o/o après pyribenzamine ; excitation centrale aussi fréquente dans les deux cas. A. Touraine.

A. Schnitzer (Zurich). — **Résultats cliniques et expérimentaux de l'anti-histaminique Antergan** (Klinische und experimentelle Erfahrungen mit dem Antihistaminmittel Antergan). *Dermatologica*, t. **91**, n°s 2-3, 1945, pp. 91-92, bibliogr.

	Cas	Guérisons	Amélioration	Échecs
Urticaire aiguë	15	11	—	4
Urticaire au froid	1	1	—	—
Dermographisme	2	1	—	1
Œdème de Quincke	2	—	1	1
Prurit	4	4	—	—
Névrodermite disséminée	2	—	—	2
Eczéma	4	—	—	4
Dermatite herpétiforme	2	1	—	1
Rhinite spasmodique	1	—	1	—
Asthme bronchique	1	—	—	1

Les effets symptomatiques sont généralement limités à 2 à 4 heures.

Les incidents sont fréquents : nausées, vomissements, gastralgie, palpitations, oppression, insomnie, vertiges, sueurs, agitation ou apathie, fièvre, érythème, purpura, oligurie. Ces troubles témoignent d'une action stimulante sur le sympathique plus que d'une histaminolyse.

A. Touraine.

A. Friedlender (Détroit). — **Emploi d'un anti-histaminique, le β-D B E H, dans les affections allergiques** (The use of a histamine antagonist, beta-dimethylaminethyl benzhydryl ether hydrochloride, in allergic disease). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **212**, n° 2, août 1946, pp. 185-191, 5 tableaux, bibliogr.

A la dose de 50 à 600 milligrammes chaque jour, par la bouche, les résultats ont été les suivants chez 47 malades :

Urticaire et œdèmes angioneurotiques (13 cas) : amélioration du prurit en moins d'une heure, disparition en 2 à 12 heures, réapparition progressive après cessation du médicament (mêmes résultats pour Curtis et Owen, 1945).

Eczéma ancien (4 cas) : diminution du prurit dans 2 cas.

Asthme (9 cas) : aucun résultat.

Rhume des foins (19 cas) : 4 améliorations discutables

Céphalée allergique (2 cas) : pas de résultats.

Ces observations sont résumées en tableaux.

A. Touraine.

Divers

E. Rosenthal (Budapest). — **Moutarde azotée combinée à la splénectomie** (Nitrogen-mustard therapy combined with splenectomy). *The Lancet*, t. **254**, n° 6498, 13 mars 1948, p. 408.

Pour pallier la leucopénie qui est souvent un obstacle au traitement de la maladie de Hodgkin par la moutarde azotée, l'auteur propose une splénectomie préalable qui a pour résultat d'élever le taux des leucocytes dans le sang. Quatre cas, très brièvement rapportés, montrent que cette intervention a été bien supportée et a permis un traitement par la moutarde azotée à la dose de 4,5 et 6 milligrammes par jour. A. Touraine.

3s. — *Traitements locaux.*

G. Lane et I. H. Blauk. — **Les véhicules en thérapeutique dermatologique** (Vehicles in topical dermatologic therapy). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **54**, n° 6, décembre 1946, pp. 650-666.

Étude physico-chimique des véhicules employés en thérapie cutanée (eau et solutions aqueuses, huiles). Étude comparée de leurs degrés d'absorption par les différentes couches de l'épiderme, du derme et de leurs annexes.

L'intérêt de ces considérations paraît, aux auteurs eux-mêmes, parfois théorique mais pourrait être le point de départ de recherches d'ordre pratique.

L. Golé.

L. Dizerbo. — **Détersifs et agents mouillants** (produits de remplacement des savons). *Revue de Médecine Navale*, t. **2**, n° 4, 1947, pp. 395-406. Bibliographie.

Étude de nouveaux détergents : minéraux (bicarbonate, silicate de soude; bentonite), organiques naturels (saponine, talloï), organiques de synthèse (dérivés sulfonés, sulfonates vrais, alcoyl sulfates, igépals, spans, twens, dérivés des sels et hydrates d'ammonium quaternaires, saponines, esters des polyglycérines, émulsionnants Fischer, dérivés de la cellulose). A. Touraine.

C. G. A. Sadler et R. H. Marriot — **La valeur des crèmes barrière** (The evaluation of barrier cream). *British Medical Journal*, 23 novembre 1946, pp. 769-773.

Sans donner les formules des crèmes employées, les auteurs disent que quatre types de crèmes sont nécessaires pour former barrière contre les produits irritants : 1° poussières irritantes; 2° substances aqueuses; 3° solvants et huiles; 4° substances contenant à la fois des huiles et de l'eau. Après la description de toutes les expériences effectuées, *in vitro*, tant au point de vue qualitatif que quantitatif, les auteurs recommandent aux médecins et aux personnes intéressées à la vie des usines, de faire, ces expériences avant d'utiliser un de ces protecteurs, sans oublier toutefois que l'arbitre final reste l'expérimentation clinique.

Page 780 du même journal, un article non signé souligne l'importance du problème de la prophylaxie des dermatoses professionnelles et des méthodes employées pour les éviter, en particulier des crèmes barrières; les médecins d'usines doivent bien connaître ces médicaments tout en sachant que ce ne sont pas des panacées universelles.

M. Mansour.

J. Rae. — **Propriété absorbante de divers excipients** (The absorptive property of varians ointments). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 10, octobre 1947, pp. 338-339.

Contre les dermatoses suintantes, l'auteur utilise l'excipient suivant :

Manucol I	8 gr.
Citrate de chaux	0 gr. 4
Benzoate de soude	0 gr. 1
Eau distillées : Q. S. pour 100 gr.	

Comparaison avec divers autres produits. A. Touraine.

J. Ferreira-Marques. — **Eléments pour l'application locale des sulfamides en dermatologie** (Elementos para a aplicaçao local das sulfamidas em dermatologia). *Clinica contemporanea* (Lisbonne), **1**, 1946, n° 4, pp. 223-233, 14 figures.

Description de diverses formules dont le principe actif est une sulfamide ou un mélange de différentes sulfamides. Le véhicule peut être du lactose, de l'acide borique, de l'huile de foie de morue, un mélange d'alcool-glycérine-acétone, etc.

R. Mollinedo.

Paul Muller et Sven Lomholt. — **Effets du soufre sur la peau** (Effects of sulphur on the skin). *Acta Dermat. Vener.*, vol. **26**, fasc. 2, décembre 1947, pp. 169-174.

A propos d'essais faits avec une préparation soufrée dans le traitement de la séborrhée et de l'acné, les auteurs discutent l'action du soufre sur la peau, employé si fréquemment et depuis si longtemps. On a parlé d'une action due à la formation d'hydrogène sulfuré, de sulfures, de polysulfures, d'acides polythioniques et spécialement d'acide pentathionique. Muller a fait des recherches expérimentales à ce sujet. Il a vu qu'une suspension concentrée de staphylocoques dorés, à laquelle on ajoute un épais précipité de soufre, et ensemencée sur agar, pousse abondamment, même après être restée 24 heures en contact avec le soufre.

Même résultat si on fait barboter pendant 15 minutes de l'hydrogène sulfuré dans la suspension de microbes.

Au contraire, si on ajoute à 10 centimètres cubes de la suspension 0 cm³ 2 d'une solution à 2 o/o d'acide polythionique, rien ne pousse, même si on ensemence immédiatement. L'effet n'est pas à mettre au compte de la fonction acide du mélange, car avec la même dose d'acide chlorhydrique, la culture pousse encore après 18 heures de contact. A. Civatte.

X... — **Emploi du titane en clinique.** — *British Medical Journal*, 12 juillet 1947, p. 8.

Le dioxyde de titane est en général utilisé à la place de l'oxyde de zinc dans la poudre et autres articles de toilette. Les sels de titane diminuent l'érythème et le prurit de certaines dermatoses. On l'emploie dans les pâtes dessiccantes, pour les dermatoses suintantes, dans une base sans graisse, conjointement avec de l'oxyde de zinc et des silicates purifiés. Des pommades contenant des sels de titane sont utiles dans les irritations dermiques, l'eczéma localisé, le sycosis, les piqûres d'insectes, l'érythème solaire et les ulcérations variqueuses. On dit même qu'ils sont d'une certaine valeur dans le psoriasis. M. Mansour.

H. W. Siemens et E. Schreiber (Leyde). — **Recherches chimiques et clinico-expérimentales sur la combinaison de précipité mercuriel et d'acide salicylique dans le traitement des dermatoses** (Chemische und klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Kombination von Quecksilberpräzipitat mit Salizylsäure bei der Behandlung der Hautkrankheiten). *Dermatologica*, vol. **93**, n° 1, 1946, pp. 1-15.

Les conclusions de ce travail, riche en essais et analyses chimiques, montrent que la combinaison de précipité blanc et d'acide salicylique est souvent très irritante car elle peut produire du sublimé.

Le mélange de 3 molécules d'acide salicylique et de 2 de précipité blanc transforme complètement le calomel en sublimé et en salicylate de mercure et l'acide salicylique en salicylate de mercure et d'ammoniaque. Un excès d'acide salicylique a le même résultat, mais l'excès reste sous la forme d'acide salicylique. Si la quantité d'acide salicylique est inférieure, une partie du calomel reste inchangée. Le mélange de 10 grammes de précipité blanc et de 10 grammes, ou plus, d'acide salicylique donne 5 gr. 38 de sublimé, 6 gr. 37 de salicylate de mercure, 6 gr. 15 de salicylate d'ammoniaque et 1 gr. 80, ou plus, d'acide salicylique libre. Cette combinaison est très lente (plus de 3 mois) en pommades qui renferment de l'eau; elle ne se produit pas si la pommade est anhydre. A. Touraine.

H. W. Siemens et E. Schreiber (Leyde). — **Recherches chimiques et clinico-expérimentales sur la combinaison de précipité mercuriel et d'acide salicylique dans le traitement des dermatoses** (Chemische und klinisck-experimentelle Untersuchungen über die Kombination von Quecksilberpräzipitat mit Salizylsäure bei der Behandlung der Hautkrankheiten). *Dermatologica*, t. **93**, n° 2, 1946, pp. 89-96.

Des pommades au salicylate d'ammoniaque, à l'oxyde de mercure et au salicylate de mercure ne sont pas irritantes. Une pommade au sublimé ne devient irritante qu'au-dessus du taux de 1 o/o; si l'on ajoute 10 o/o d'acide salicylique au sublimé, la toxicité commence déjà au taux de 0,5 o/o de sublimé et augmente rapidement à des taux supérieurs; elle se manifeste déjà en 24 heures sur la peau (la combinaison chimique de l'acide salicylique et du sublimé ne devient toxique, en pot, à la température de la chambre, qu'en un mois). L'irritation reste la même si l'excipient est formé d'eucérine aqueuse ou anhydre ou d'axonge; elle est moindre en milieu de vaseline qui absorbe moins d'eau. Les vieilles pommades ne sont pas plus irritantes que les fraîches. A. Touraine.

H. M. Robinson père et fils (Baltimore). — **Valeur comparative de quelques nouveaux médicaments dans les pyodermites** (The comparative clinical values of some new drugs in the pyodermas). *Southern Medical Journal*, t. **40**, n° 5, mai 1947, pp. 409-413. Bibliographie.

Mercure ammoniacal (NH_2HgCl) en pommade à 5 o/o : 20 ecthymas (19 guéris), 37 impétigos (36 guéris).

Pommade à la pénicilline, 6 ecthymas, 13 impétigos, tous guéris.

Pommade à la thyrothricine (à 40-50 milligrammes par 100 centimètres cubes), 4 ecthymas, 2 impétigos, tous guéris (mais une dermite de contact).

Pommade à la furacine (5-nitro-2-furaldéhyde semicarbazone) à 2 o/o (Snyder, 1945), 12 ecthymas (11 guéris), 13 impétigos (tous guéris, mais 1 dermite de contact grave).

Pommade à l'acide borique à 10 o/o : 5 ecthymas, 7 impétigos, tous guéris.

Tous les traitements sont donc efficaces; mais tous, sauf l'acide borique, peuvent déterminer des dermatites de contact. La guérison est plus fréquente et plus rapide lorsqu'on emploie des pansements occlusifs. A. Touraine.

P. Lambeau. — **Coaltar et ultra-violets en dermatologie.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1946, pp. 182-183.

L'auteur enduit les lésions d'une mince couche de coaltar et, en protégeant la peau saine, les soumet à une forte dose de rayons X jusqu'à ce qu'il ait obtenu la dessiccation du goudron. Ceci demande de 15 à 20 minutes. Les résultats seraient remarquables et manifestement supérieurs à ceux qu'on obtiendrait avec le coaltar seul surtout dans l'eczéma suintant, l'eczéma lichénifié, l'eczéma nummulaire, l'intertrigo, la dyshydrose non infectée, la névrodermite.

L. Vissian.

P. Boymond et W. Jadassohn (Genève). — **A propos de la chrysarobine.** *Dermatologica*, t. **94**, n° 4, 1947, pp. 228-230, 1 figure.

Il existe deux chrysarobines, de même composition mais d'effets différents et dont l'une est irritante. On doit donc s'attendre à des résultats très variables dans le traitement du psoriasis. A. Touraine.

R. Degos et J. Delort. — **Les colorants en thérapeutique dermatologique.** *Revue médicale française*, n° 10, octobre 1946, pp. 177-180.

Les auteurs passent d'abord en revue les colorants les plus employés en dermatologie : le bleu de méthylène en solution aqueuse ou alcoolique à 1 o/o est peu employé. Par contre, ils conseillent la solution à parties égales de cristal violet et vert de méthyle dans l'alcool. Soit formule de Milian : cristal violet et vert de méthyle 0,25, alcool à 90° 100 (Milian avait du reste préconisé deux autres concentrations, une solution forte à 0,50 de chaque colorant, une solution faible à 0,10). Les auteurs préfèrent l'alcool à 60°. Soit solution alcoolique d'éosine à 2 o/o.

Ils précisent ensuite les indications de ces colorants.

I. — *Dermatoses infectieuses à cocci-pyogènes.*

Action sur les pyodermites, moins efficaces sur les lésions plus profondes de sycosis.

Le cristal violet est efficace sur l'intertrigo, les blépharites, ainsi que sur les placards de dermo-épidermites microbiennes.

Résultats remarquables de l'éosine sur les parakératoses psoriasiformes.

Les érythrodermies microbiennes ou toxiques bénéficient également des colorants.

Le bleu de méthylène agit très bien sur les muqueuses, qu'il s'agisse de stomatites, de balanites ou balano-posthites. Le prurit anal est souvent amélioré par la solution de Milian ou l'éosine.

Action également sur l'eczéma.

II. *Les Mycoses.*

En raison d'associations microbiennes les colorants sont souvent efficaces. Amélioration fréquente de la dysidrose par l'éosine.

III. *Dermatologie infantile.*

Succès variable dans l'eczéma du nourrisson. Résultats excellents dans la maladie de Leiner-Moussus, dans la gale infectée. Action sédative et cicatrisante dans le prurigo bulleux.

IV. *Psoriasis.*

Améliorations fréquentes par l'éosine (Gougerot).

V. *Dermatoses bulleuses.*

Maladie de Duhring, pemphigus sont justiciables des colorants. Schématiquement, on emploiera plutôt la solution de Milian dans les dermatoses suppurantes, la solution d'éosine dans les dermatoses sèches érythémato-squameuses.

On associera souvent une crème antiseptique en particulier la crème de Dalibour.

A. François.

J. G. Downing, M. C. Hanson et M. Lamb (Boston). — **L'emploi du 5-nitro-2-furaldéhyde semi-carbazone en dermatologie** (Use of 5-nitro-2-furaldéhyde semi carbazone in Dermatology). *The Journal of the American Medical Association*, t. **133**, n° 5, 1er février 1947, pp. 299-306, 2 tableaux, 5 photographies.

Les « furans » résultent de la déshydratation de pentoses. Ce sont des composés cycliques à 5 atomes de carbone. Leurs applications thérapeutiques sont limitées. *In vitro*, ils ont une action bactériostatique et bactéricide qui dépend d'un

groupe azoté en position 5. Cette action englobe des variétés de germes Gram positif et Gram négatif.

Cette action des nitrofurans sembla intéressante dans le traitement des blessures. Parmi eux le 5-nitro-2-furaldéhyde semicarbazone (Furacin) n'est ni irritant, ni toxique et ne produit pas d'effet nocif pour la cicatrisation des plaies. Il fut employé en thérapeutique surtout pour son action contre les germes Gram négatif. Il s'agit d'un composé cristallisé jaune citron, peu soluble dans l'eau, plus soluble dans les composés du glycol, stable à la température de 120°, il se décompose à 227° Il se décolore à la lumière. C'est un antibactérien en présence du sang et du sérum.

Il est employé en solution à 1 pour 500 dans un mélange d'eau et de composés du glycol (carbowax et propylène-glycol).

La dose mortelle chez la souris est de 0 gr. 58 par kilogramme, chez le rat de 0 gr. 59 par kilogramme par voie buccale et 3 grammes par voie sous-cutanée. L'âne supporte sans aucun effet toxique 0 gr. 3 par jour pendant 5 semaines. L'homme supporte 4 grammes par jour pendant 3 jours et 1 gramme par jour pendant 49 jours avec seulement une nausée chez 20 o/o des sujets, et un vomissement chez 8 o/o. Une réaction de sensibilisation survint chez un sujet ayant été auparavant traité par le médicament localement pendant un temps prolongé.

L'étude de la sensibilisation a montré une réaction érythémateuse chez 5.5 o/o des sujets en 48 heures.

Étude des résultats :

Dermatites eczématiformes infectieuses (dermatite eczématiforme streptococcique, dermatites secondaires, épidermophyties), sur 26 cas : 8 résultats parfaits, 14 bons; applications deux fois par jour pendant 8 jours en moyenne.

Ecthyma : 12 cas, 9 guérisons; 4 applications par jour.

Impétigo : 20 cas, 14 guérisons; 4 applications par jour.

Sycosis : résultats bons chez 2 malades sur 3 mais rechute.

Épidermophyties : pas d'effets.

Dermatitis venenata : effet irritant.

Ulcères : résultats parfaits ou bons.

Acné vulgaire : pas d'effets nets.

Ulcère diabétique : bons résultats dans 2 cas sur 3.

Dans les cas de guérison, on trouve surtout du streptocoque et du staphylocoque ainsi que des bacilles diphtériques et diphtéroïdes, du *Proteus vulgaris* et 2 cas de colibacille.

Après avoir achevé la première réserve du produit, les auteurs ont employé un deuxième lot mais se sont aperçus que les sujets ayant été traités par le premier étaient sensibilisés et présentaient des réactions. Il y eut 6 cas de réaction généralisée et 1 cas de réaction locale sévère. Ils ont pensé qu'il y avait une petite différence dans le véhicule du produit actif.

Les auteurs terminent leur article en concluant que le « Furacin » est un médicament de valeur surtout dans le traitement des ulcères cutanés, que des études plus poussées doivent être faites et qu'il faut obtenir une solution stable toujours de la même composition pour éviter les réactions de sensibilisation.

M. Balter.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
DU TOME HUITIÈME — HUITIÈME SÉRIE
1948

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECUEIL DE FAITS

CONGRÈS

DOCUMENTS ICONOGRAPHIQUES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME (1)

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux — et ceux en italiques les documents iconographiques.*

N

O

P

Q

R

S

Y, Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME 8 — 8e SÉRIE

1948

Les chiffres en caractères **gras** indiquent les mémoires originaux et ceux en *italiques* les documents iconographiques.

B

F

G

K

L

M

N

T

Le gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1948, 4e TRIMESTRE, No D'ORDRE 718, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 952. — 12-1948.